



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ**

Eğitim Sorumlusu: Doç. Dr. Cem DANE

**SURİYELİ SIĞINMACI GEBELERİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE
DOĞUM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Merve Nur OLGUN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Cem DANE

İSTANBUL – 2017

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca mesleki tecrübelerimizin oluşması içinimkânlar sağlayan, desteğini bizden esirgemeyen ve tezimi yazma aşamasında yol gösteren eğitim sorumlumuz Sayın Doç. Dr. Cem Dane'ye,

Asistanlık eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bizlere yol gösteren, kliniği uyum içinde ayakta tutan idari sorumlumuz ve değerli hocamız Op. Dr. Ahmet Çetin'e,

Eğitimimiz sırasında deneyimi ve bilgisiyle yanımda olan, cerrahi alanda yol almamızdaki katkılarını hep şükranla hatırlayacağım kıymetli hocamız Doç. Dr. Pınar Göksedef'e,

Klinik çalışmalarımda tecrübeleriyle ışık tutan, üzerimdeki emeklerini hep anımsayacağım sevgili uzmanlarıma ve uyum içinde çalıştığım, kliniğimizi aile ortamı gibi hissettiren tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma, tüm personel ekibine;

Asistanlık maratonunda yanımda olmasıyla huzur bulduğum biricik eşime ve tüm hayatım boyunca sevgileri ve emekleri sayesinde güçlü hissettiğim kıymetli annem, babam ve kardeşlerime

Teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. GÖÇ KAVRAMI VE ETKİLERİ	3
2.2.DOĞUM EYLEMİ	7
2.2.1.Vajinal Doğum	7
2.2.2.Sezaryen Doğum	8
2.2.2.1.Sezaryen Endikasyonları.....	8
2.2.2.2.Sezaryen Kontrendikasyonları.....	13
2.3.ADOLESAN DOĞUMLAR	14
2.4. 40 YAŞ ÜSTÜ DOĞUMLAR	14
2.5.ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ	15
2.5.1. Erken MembranRüptürü Etiyolojisi	16
2.6.PRETERM EYLEM	16
2.6.1.Preterm Eylem İnsidansı.....	16
2.6.2.Preterm Doğum Etiyolojisi	17

2.7. POSTTERM GEBELİK	18
2.8. PLASENTA PREVİA	19
2.9. PREEKLAMPSİ	19
2.9.1. Gestasyonel Hipertansiyon	20
2.9.2. Proteinüri.....	20
2.9.3. Preeklampsî Klinik ve Laboratuvar Bulguları	20
2.9.4. Şiddetli Preeklampsî.....	21
2.10. DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIĞI	21
2.11. YÜKSEK DOĞUM AĞIRLIĞI	22
2.12. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ İHTİYACI	22
2.12.1. Prematürite.....	22
2.12.2. Yenidoğanın Geçici Takipnesi.....	23
2.12.3. Prematüre Apnesi.....	23
2.12.4. MekonyumAspirasyon Sendromu	23
2.12.5. NeonatalSepsis.....	24
2.12.6. Yenidoğan Sarılığı	24
2.12.7. NekrotizanEnterokolit.....	24
2.12.8. RespiratuvarDistres Sendromu	24
3. AMAÇLAR	25
4. HASTALAR VE YÖNTEMLER	26
5. BULGULAR	27
6. TARTIŞMA	35
7. SONUÇ	39
8. KAYNAKLAR	40

TABLO DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler.....	3
Tablo 2. Geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin ilk 10 ile göre dağılımı...	4
Tablo 3. Geçici barınma merkezleri içinde ve dışında kalan Suriyeliler	4
Tablo 4. Kayıt altına alınmış Suriyelilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı.....	5
Tablo 5. Anne doğum yaşı grupları	27
Tablo 6. Gebelik Karakteristikleri	29
Tablo 7. Gebelik Sonuçları	32
Tablo 8. Doğum kilolarının karşılaştırılması	33

ŞEKİL DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Anne doğum yaşları	28
Şekil 2. Anne doğum yaşları yüzdelerik dağılımı	28
Şekil 3. Doğum zamanlarının kıyaslanması	30
Şekil 4. Doğum yöntemlerinin karşılaştırması	30
Şekil 5. Sezaryen oranları	31
Şekil 6. Canlı doğum sayısı oranları	33
Şekil 7. Doğum kilolarının karşılaştırılması	34

KISALTMALAR

ACOG:AmericanCollege of ObstetriciansandGynaecologists

AGA:AverageGestastional Age

BFP: Biyofizik Profil

DC:DilatasyonKüretaj

DIC:DissemineİntravaskülerKoagülasyon

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

EMR: Erken MembranRüptürü

ESV:EksternalSefalik Versiyon

FIGO: International Federation of GynaecologyandObstetrics

HIV: Human ImmunodeficiencyVirus

HSV-2: HerpesSimplex Virus-2

IUGG:İntrauterin Gelişme Geriliği

LBW: LowBirthWeight

LGA:LargeGestational Age

NEK:NekrotizanEnterokolit

NST:Nonstress Test

OCT:Oksitosin Challenge Test

PEMR:Preterm Erken MembranRüptürü

Pp:PlesantaPrevia

RDS:RespiratuarDistress Sendromu

SAT: Son Adet Tarihi

SGA: Small Gestational Age

TEMR:Term Erken MembranRüptürü

TFA: Tahmini Fetal Ağırlık

WHO: World HealthOrganization

YDYBÜ:Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Koroner Arter Hastalığı

YGT:Yenidoğanın Geçici Takipnesi

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda kliniğimizde doğum yapan Suriyeli sığınmacı kadınların ve kontrol grubu olarak Türkiyeli kadınların klinik karakteristiklerini ve doğum sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Nisan 2016 ve Nisan 2017 arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan 584 Suriyeli ve 733 Türk hasta olmak üzere toplam 1317 kişi çalışmaya dâhil edildi. Suriyeli sığınmacı kadınlar ve kontrol grubu arasında demografik veriler, obstetrik öykü, klinik bulgular, obstetrik ve neonatal sonuçlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Doğum yapan Suriyeli sığınmacı kadınların yaş ortalaması 24.8 ± 6.3 , Türk hastaların yaş ortalaması 26.9 ± 6.6 olarak bulundu ($p < 0.001$). 12-19 yaşlarındaki adolesan gebe yüzdesi, Suriyeli hastalarda Türk hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (% 21.1 ve % 6.4, $p < 0.001$). Suriyeli hastalarda erken doğum oranları, türk hastalardan anlamlı derecede yüksek bulunurken (% 20.5 ve % 11, $p < 0.001$), postterm doğum oranları kontrol grubunda (% 4.8 ve % 1.6, $p < 0.001$) anlamlı yüksek bulundu. Suriyeli hastaların bebek doğum ağırlığı ortalaması türk hastalara kıyasla anlamlı olarak düşüktü ($p: 0.004$), ancak düşük doğum ağırlığı (< 2500 gr) ve yüksek doğum ağırlığı (> 4000 gr) arasında fark yoktu. Suriyeli hasta grubunda vajinal doğum ve primer sezaryen (C/S) oranı türk hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p: 0.019$, $p: 0.016$). Türk hastaların gravide ve parite sayısı Suriyeli hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p: < 0.001$, $p: 0.012$).

Sonuçlar: Kontrol grubuna kıyasla Suriyeli sığınmacı gebelerin yaş ortalaması daha küçük ve vajinal doğum ve primer sezaryen (C/S) oranı anlamlı olarak yüksek bulundu. Suriyeli sığınmacıların ve özellikle grup içindeki adolesan gebelerin doğum sonuçlarını daha iyi ortaya koymak için daha geniş ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Suriyeli sığınmacılar; Türkiye, anne sağlığı, perinatal sonuçlar, gebelik sonuçları.

ABSTRACT

Aim: We aimed to compare the clinical characteristics and pregnancy outcomes in women who are Syrian refugees and Turkish women who are non-refugees at a maternity center in Istanbul, Turkey.

Methods: A total of 1317 singleton pregnancies who delivered at Haseki Training and Research Hospital were included in the study. Demographic data, obstetrical history, clinical findings, obstetrical and neonatal outcomes were compared between 584 Syrian refugees and 733 control patients.

Results: The Syrian refugee patients were significantly younger than Turkish patients. The percentage of adolescents aged 12–19 years were significantly higher in the Syrian patients (21.1 vs 6.4 %, $p < 0.001$). The percentage of early adolescents were significantly higher in the Syrian patients. Preterm birth rates were significantly higher in the Syrian patients (20.5 vs. 11 %, $p < 0.001$), however postterm birth rates were significantly higher in the control group (4.8 vs. 1.6, $p < 0.001$). Low Birthweight (< 2500 gr), high birthweight (> 4000 gr), early membrane rupture and rates were not different between the two groups. Vaginal delivery and primary CS rates are significantly higher in the Syrian patients. Number of live births is significantly higher in the Turkish patients, however number of one live birth higher in the Syrian refugee patients.

Conclusion: In comparison to non-refugee control patients, refugee women in our study were younger and had higher vaginal delivery and primary cesarean section rates. Further larger multicenter studies may provide more convincing data about obstetric outcomes in the Syrian refugee population as well as adolescent pregnancies in this population.

Key Words: Syrian refugees; Turkey, maternal health, perinatal outcomes, obstetric outcomes.

1.GİRİŞ

Mülteciler kendi geçici veya devamlı yeni ev sahibi ülkelerine ulaştıklarında pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Mülteci kamplarındaki konut, gıda ve tıbbi erişilebilirlik kısıtlılığı fakirleşme sebebi olmaktadır. Bunlara bir de dil engelleri eklenince sorunlar daha da anlamlı hale gelmektedir. Ancak savaş mağduriyeti ve ülkelerindeki karışıklıklar mültecilerin kamp öncesi hayatlarının daha iyi olmadığına göstergesidir.

Günümüzde Suriye'deki savaştan kaçan 2.7 milyondan fazla Suriyeli mülteci Türkiye'ye giriş yapmış ve Türkiye'nin çeşitli illerine yayılmış bulunmaktadır. Bu rakamlarla Türkiye Dünyada Suriyeli sığınmacı sayısının en fazla olduğu ülke durumuna gelmiştir(1).Suriye'ye komşu olmak; Türkiye'nin sığınmacılara büyük oranda ev sahipliği yapmasında etkili olmuştur. Türkiye Göç İdaresi'nin 2017 Mayıs ayı verilerine göre Türkiye'de 3.013.178 kayıtlı Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır(2).

Sığınmacı nüfusundaki bu dramatik artış mülteci nüfusu üzerinde çeşitli olumsuz etkilere neden olmuştur. Mülteci kamplarının çoğunun Şanlıurfa ve Gaziantep gibi sınır kentlerde kurulması sonucunda bu kentlerde sağlık hizmetlerine olan talep muazzam derecede arttı. Bu kamplarda veya etrafında yerleşen Suriyeli sığınmacıların birincil ve ikincil sağlık hizmetlerine ulaşma imkanı sağlandı (3) . Ayrıca bu sığınmacılara ücretsiz Demir ve Vitamin D takviyelerinin ve hamile ve doğum yapan sığınmacıların takip ve tedavileri Türk hükümeti tarafından ücretsiz karşılanacağı teminatı verilmiştir (3).

Antenatal dönemde tüm gebelerin en az 4 kez rutin kontrol olması gerekirken bu Suriyeli sığınmacı hamile kadınlarda sağlanamamaktadır. Bu durumda takipsiz gebelikler çoğalmakta, gebelikte infeksiyöz ve noninfeksiyöz hastalıkların tesbiti güçleşmekte, bu da gebelik ve doğum sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Lübnan kaynaklı bir çalışmada Suriyeli gebelerin antenatal takipe katılma konusunda yetersiz olduğu gösterilmiştir (4). Bu da doğum esnasındaki gebelik komplikasyonları açısından risk oluşturmaktadır.

Farklı etnik kökenlerle ilgili yapılan daha önceki çalışmalarda olumsuz gebelik sonuçlarının mülteci nüfusta arttığı gösterilmiştir (5). Hamile mülteci nüfusuna ilişkin istatistiklere bakıldığında, mülteci popülasyonu olumsuz sağlık koşullarına ek olarak sezaryen doğum, fetal sıkıntı, başarısız doğum indüksiyonu, prematüre doğum, oligohidramnios ve gestasyonel diyabet gibi olumsuz gebelik sonuçları açısından artan riske sahip olmaktadır (6-9). Mülteci nüfusta obstetrik sonuçlar dışında yenidoğan sonuçları da ayrıca kendi içinde bozulmuş olarak tespit edilmiştir. Olumsuz yenidoğan sonuçları; yenidoğanların uzun süre hastaneye yatırılması ihtiyacı, düşük apgar skorları ve gerekli yardımcı havalandırma tekniklerine ihtiyacın artması olarak gösterilebilmektedir.

Bununla birlikte, gebelik sonuçları ile göç arasındaki ilişki karmaşıktır ve ayrıca çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Annenin doğum yeri, etnik kökeni gibi maternal faktörler de gebelik sonuçları üzerinde önemli bir etki payına sahiptir. Finlandiya (10) ve Pakistan (11) kökenli araştırma sonuçlarına göre Afganistan, Irak ve İran'dan göç eden kadınların olumsuz neonatal sonuçlarla karşılaşma riskleri göç ettikleri ülkelerde yaşayan yerli kadınlarla karşılaştırıldığında daha yüksek olarak rapor edilmiştir.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) verilerine göre Suriye’de 2002-2012 yılları arasında evli olan adölesanların oranı %9,7, 2008-2012 yılları arasında 18 yaş altında doğum yapan ergenlerin oranıysa %8,7 dir (12).Erken yaş evliliklerinde geleneksel toplum içinde kız çocuğunun cinsel şiddet, ergen gebelik gibi risklerle karşılaşması göz ardı edilmekte ve tıbbi- hukuki bir girişim başlatılmamaktadır (13).

Mültecilerin yeni bir ülkede hayata katılım anlamında yaşadığı zorluklar, özellikle Suriyeli gebe kadınların antenatal takip ve doğum süreçlerinde karşılaşılan yetersizlikler bizim incelememiz için ilham kaynağı olmuştur.

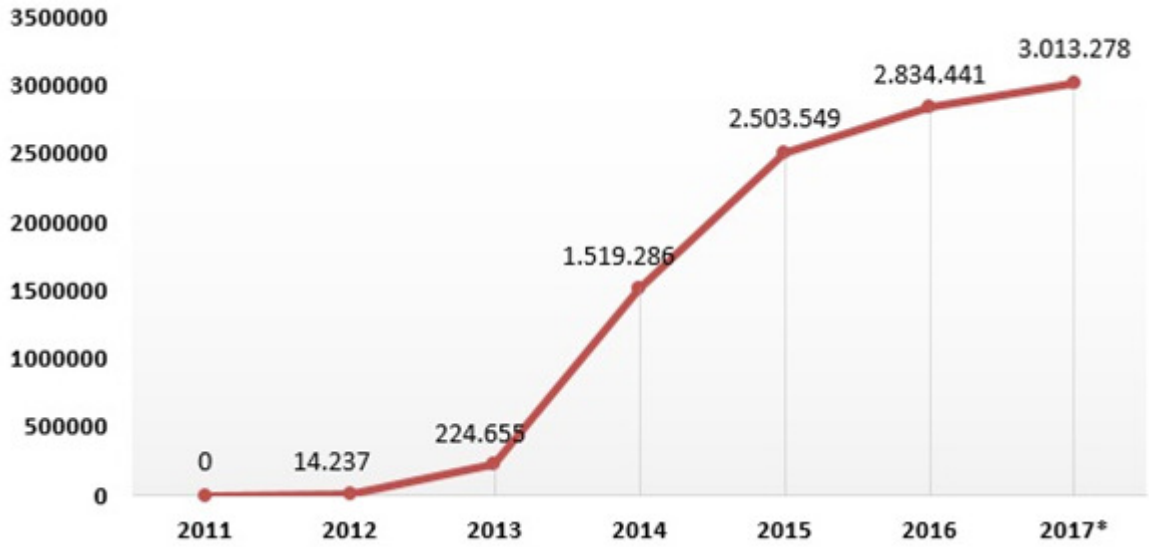
Biz çalışmamızda, 2016 Nisan ve 2017 Nisan arası Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne doğum yapmak üzere başvuran Suriyeli sığınmacıların ve Türk vatandaşlarının gebelik ve doğum sonuçlarını inceledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 GÖÇ KAVRAMI VE ETKİLERİ

2011 tarihinden bu yana, Suriye'deki iç savaştan Türkiye'ye sığınan kişilerin sayısı 2017 yılı Mayıs ayı itibari ile 3.013.278 olup, %50'sini kadınlar oluşturmaktadır. Suriyeli mültecilerin %8'i 10 ilde kamplarda, %92'si kamplar dışında, Türkiye'nin her tarafına yayılmış olarak yaşamaktadır (2).

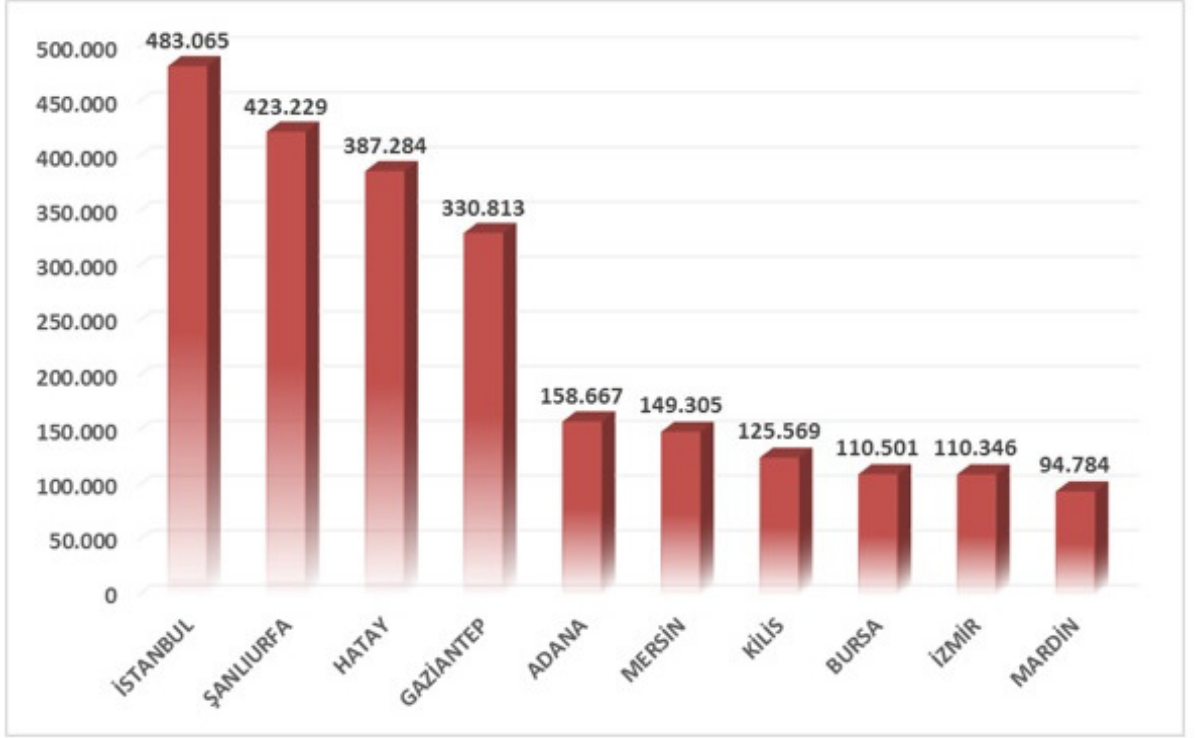
Tablo 1. Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler



Savaş nedeniyle zorunlu göç eden bireylerin sağlık sorunları sığındıkları ülkede yaşayanlara göre daha fazladır. Riskli grupta yer alan kadınların, Türkiye'de kaldıkları/konakladıkları mekânlar, toplu yaşam koşulları, gelir düzeylerinin düşük olması, dil engeli ve sağlık sigortalarının olmaması, düşük toplumsal statüleri ve geleneksel yaşam kalıpları nedeniyle sağlık hizmeti almada güçlükleri olmaktadır. Bu duruma sağlık kuruluşu ve insan gücü yetersizliği de eklendiğinde mülteci kadınlar, sağlık gereksinimlerini karşılamada zorlanmakta; yüksek doğurganlık ve buna bağlı olarak üreme sağlığı sorunları yaşamaktadırlar (14).

Türkiye 'de yerleşime ilk sınır kentlerinden başlayan Suriyeli Sığınmacıların 2017 verilerine göre en fazla yerleştikleri ilimizin İstanbul olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilerin İlk 10 İle Göre Dağılımı



Tablo 3. Geçici Barınma Merkezleri İçinde ve Dışında Kalan Suriyeliler



Tablo 4. Geçici Verileri Alınarak Kayıt Altına Alınan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (17.05.2017)

YAŞ	ERKEK	KADIN	TOPLAM
TOPLAM	1.611.991	1.401.287	3.013.278
0-4	190.793	177.426	368.219
5-9	221.736	208.783	430.519
10-14	168.295	155.166	323.461
15-18	139.615	117.558	257.173
19-24	251.893	192.501	444.394
25-29	163.485	127.412	290.897
30-34	137.595	107.852	245.447
35-39	97.576	80.669	178.245
40-44	68.579	64.178	132.757
45-49	52.898	48.668	101.566
50-54	42.472	40.726	83.198
55-59	28.575	28.402	56.977
60-64	19.815	20.241	40.056
65-69	13.158	13.544	26.702
70-74	7.022	7.788	14.810
75-79	4.360	5.201	9.561
80-84	2.297	2.903	5.200
85-89	1.243	1.540	2.783
90+	584	729	1.313

2011-2016 yılları arasında Türkiye’de tahminlere göre 200 bin Suriyeli çocuk doğmuştur (15). Suriye’de 2014 yılı doğurganlık hızı 2,68, 2015 yılı doğurganlık hızı 2,55’dir(16). Görüldüğü gibi Suriyeli kadınlar yüksek doğurganlık hızına sahiptir. Türkiye koşullarında özellikle kamp dışında yaşayan gebeler, sağlık hizmetlerine erişimde zorlanmakta, olumsuz şartlarda doğum yapmakta, doğum kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliği ve doğum kontrol araçlarına erişimin zorluğunu yaşamaktadırlar (17).

Göç eden kadınlar için ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin erişilebilir ve kaliteli olmasının onların doğurganlıklarının düzenlenmesinde olumlu etkisinin olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (18).

Doğurganlık her toplum ve kültür için farklı anlamlar taşımaktadır. Doğurganlık, halk arasında üreme yeteneğine sahip olmayı ifade ederken, demografi ve sağlık istatistikleri açısından toplumun üreme deneyimlerini ve belirli bir sürede toplumdaki canlı doğum sayısını yansıtan bir kavramdır.

Doğurganlık düzeyi ve algısı, dünyanın farklı yerlerinde çeşitli sebeplerle değişiklik gösterir. Bu sebepler arasında; toplumun yapısı, toplumsal cinsiyet eşitliği, sosyo-ekonomik yapı, eğitim seviyesi, inanç sistemi, gelenek-görenekler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve erişilebilirliği, evlilik , çocuk sahibi olmaya ilişkin bakış açısı, kadınların istihdamı, kontraseptif kullanımı ve etkililiği, yaşanan coğrafi bölge, kadın ve erkeğin yaşı, menarş yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, çiftin infertilite durumu, emzirme ve amenore süresi, cinsel ilişki sıklığı, siyasi söylemler ve nüfus politikaları yer almaktadır (19).

Nüfus politikaları doğurganlık, ölümlülük ve göç süreçlerini düzenlerken, doğurganlık düzeyi ve örüntüsünü değiştirmeye odaklanmıştır. Toplumlar ya da ülkeler, bulundukları demografik geçiş aşamasına göre farklı nüfus politikaları uygulamaktadırlar. Bazen nüfus artışını azaltmayı, bazen de çoğaltmayı hedefleyen uygulamaları benimsemektedirler. Günümüzde nüfus politikaları; üreme, sağlık, göç ve kentleşme politikalarını kullanarak, kontraseptif yöntemleri, aile planlaması uygulamalarını araçsallaştırmaktadır (20).

Yapılan araştırmalarda kadınların eğitim düzeylerinin düşük olmasının doğurganlıkları üzerinde önemli ve negatif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (21) . Genelde kadınların eğitim düzeyi yüksek olan toplumlarda doğurganlık hızının düşük, eğitim düzeyi düşük olan toplumlarda da yüksek olması bunun en büyük göstergesidir. Nitekim TNSA 2013 verilerinde eğitimi olmayan kadınların doğurganlık hızı 3,76 iken, lise ve üzeri eğitime sahip kadınlarda bu oran 1,66 olarak bulunmuştur. Kırsaldaki kadının eğitim düşüklüğü de kendi kararı dışında daha fazla çocuk sahibi olmasına neden olmaktadır. Buna karşın şehirde yaşayan kadınlarda, çeşitli nedenlerle doğurganlık sayıları sınırlı kalabilmektedir (22) . TNSA 2013 de kırsaldaki doğurganlık 2,73 iken kentteki doğurganlık oranı 2,16'dır.

İlk evlenme yaşı, kadının gebelikle ilgili risklerle karşılaşma durumunu belirlemesi açısından önemli bir demografik göstergedir. İlk evlenme yaşının küçük olduğu nüfuslar; erken yaşlarda çocuk sahibi olunan ve doğurganlığın yüksek olduğu nüfuslar olma eğilimindedirler. Suriye'de 2014 yılı verilerine göre kızların %13,3'ü 18 yaşından önce evlenmiş olup 15-19 yaş grubunda doğurganlık oranı 40,02'dir. Suriye'de yasal evlilik yaşı 17 olmasına karşın dini liderlerin izni ile istisnalar olabilmektedir (23) .

Hane halkı geliri doğurganlığı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalarda aile gelirinin doğurganlık üzerindeki etkisi bölgeden bölgeye farklılık gösterebilmekle birlikte genellikle bu iki değişken arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (24) .Doğurganlık düzeyi ve algısını çiftin yaşadığı toplumun kültürü, değerleri, inancı ve doğurganlığa bakışı , kadının kendi bedenini kontrol edebilme hakkı, gelenekler, monogami veya poligami olma durumları, fazla çocuğun aileye ekonomik desteği etkilemektedir. Kimi toplumlarda doğurganlık kadının statüsünü artırırken bazılarında düşürmektedir (25) .

Suriye'de nüfus ve dini yapı çeşitlilik göstermektedir. Arapların ezici bir çoğunluğa sahip olduğu Suriye'de Kürtler, Ermeniler, Çerkezler, Süryaniler, Türkmenler ve Ezidiler de yaşamaktadır. Araplar dışında en büyük grup Kürtlerdir. Suriye halkının büyük bir bölümü Sünni, bir kısmı da Şii Müslümandır. Büyük şehirlerde kalabalık Hristiyan cemaatleri de yaşamaktadır. Bu gruplar arasında Ezidiler, inanç ve kültür olarak en kapalı grup olarak nitelendirilmektedir. Suriye'nin kültürü Mezopotamya kültürü, İslam dini ve geleneksel Arap/Kürt kültürü etrafında biçimlenmiştir. Şeriat hükümlerinin geçerli olduğu ülkede doğurganlık artı değer olarak kabul edilmektedir.

Mülteci kadınların ve çocuklarının sağlık hizmetlerine erişimleri ve hizmet kullanımı için planlanan çalışmaların, onların yaşamlarını etkileyen faktörlerin tespiti ve kültürel özellikleri dikkate alınarak yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanları bireyin bakım hizmeti alma hakkını savunarak, birey ile ilgili önyargılı olmadan, sağlık davranışlarının toplum ve kültürden etkilendiği ve gereksinimlerinin çevre koşulları ile ilgili olduğunu bilerek hizmet vermelidir. Suriyeli sığınmacı kadınların doğurganlık algıları ve bunu etkileyen unsurların belirlenmesi, onlara verilecek sağlık hizmetlerinin planlaması açısından önemli olacaktır.

2.2. DOĞUM EYLEMİ

Serviks dilatasyonuna neden olan ve giderek sıklaşarak şiddeti artan kontraksiyonlarla beraber fetus ve eklerinin dışarı atılması ile karakterize bir klinik süreçtir.

*Normal doğum eylemi;*Termde kendiliğinden, canlı bir fetüsün varlığı ile verteks pozisyonunda baş-pelvis uyuşmazlığı olmadan sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesidir.

2.2.1.Vajinal doğum

Milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Ancak baş-pelvis uyuşmazlığı, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte ya da anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir (26) .

2.2.2.Sezaryen doğum

Fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (27). Cerrahi tekniklerde gelişme, tıp teknolojisindeki ilerlemeler, enfeksiyonla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anestezi yöntemlerinde gelişmeler ve daha pek çok etken ile sezaryen doğumla vajinal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmıştır. Bu da sezaryeni, gerektiğinde rahatlıkla endikasyonu konulabilen bir işlem haline getirmiştir (28).

Görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik fetal monitörün yaygınlaşması, gebelik yaşının ilerlemesi, parite sayısının azalması, tıbbi komplikasyonlarda ve malpraktis olgularında adli olayların artması, sosyo-ekonomik ve demografik faktörler gibi etkenler de sezaryen oranlarını her geçen gün arttırmıştır (29). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir. Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir (30) .

2.2.2.1. Sezaryen Endikasyonu

Genel olarak sezaryen doğum endikasyonlarının %85'inden fazlasını aşağıdaki nedenler oluşturmaktadır.

1. Geçirilmiş sezaryen
2. Doğum yolu distosisi
3. Fetal distres,
4. Makat prezentasyon

A. Planlanmış Sezaryen Operasyonları

a. Makat prezentasyonu: Komplike olmayan (tam ve saf makat geliş) tekil gebeliği olan gebelerde 36. gebelik haftasında eksternal sefalik versiyon (ESV) denenebilir. Doğum eylemi başlamış, uterusu skar veya anormallik olan, fetal sıkıntı, membran rüptürü, vaginal kanama veya medikal problemi olan gebelere önerilmemelidir. Ancak ESV ülkemiz doğum hekimliğinde yaygın kullanılan bir yöntem değildir. Hekimin bu konuda deneyimi olması durumunda alternatif olarak sunulabilir. ESV başarısız olmuş veya kontrendike olan tekil makat geliş gebelere, perinatal mortalite ve neonatal morbiditeyi azaltmak amacı ile sezaryen yapılmalıdır (31,32) .

b. Çoğul gebelikler: Çoğul gebeliklerde perinatal morbidite ve mortalite (serebral palsy, ölü doğum, neonatal ölüm vb.) oranları anlamlı bir şekilde arttığından doğum şeklinin belirlenmesi önemli bir süreçtir. Komplike olmamış ikiz gebeliklerde birinci bebeğin baş geliş dışındaki pozisyonlarda sezaryen ile doğum perinatal mortalite ve neonatal morbiditeyi azaltmaktadır.

Birinci bebeğin baş ile prezante olduğu durumlarda 2. bebek için perinatal morbidite ve mortalite artmış olarak bildirilmesine rağmen, doğum deneyiminin arttırılması ile bu olasılık azaltılacaktır. Komplike olmayan ikiz gebeliklerde, planlı sezaryen için en ideal hafta 38. gebelik haftası olarak görünmektedir. Bununla birlikte, ikiz gebeliklerin büyük bir çoğunluğu 35-38. gebelik haftaları arasında doğmaktadır.

35.gebelik haftasından önce gerçekleşecek doğum sonucu bebeklerde solunum sorunları riski artmaktadır. Prezantasyon verteks-verteks geliş ise ve de fetüslerin doğum ağırlığının 1500 gram altında olduğu düşünülüyorsa, literatür vaginal doğumu desteklemektedir. Bununla birlikte, düşük doğum ağırlığının, intrauterin gelişme gerilği (IUGR) gibi kronik hipoksiye bağlı bir sonuç olabileceği ve fetal sıkıntı ile karşılaşılabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Çoğul gebeliklerde, koryoniste tayinine göre ikizler arasında gelişim yönünden dengesizlik olabileceği ve bu sebeple plasental rezervin değerlendirilmesi için hemodinamik doppler tetkikinin gerekebileceği unutulmamalıdır. Eğer, fetüslerden birinde veya ikisinde kronik hipoksi bulguları mevcut ise, gebeliğin sezaryenle sonlandırılması uygundur. Düşük doğum ağırlıklı (1500 gram altı) verteks geliş olmayan ikinci ikizin olduğu durum çok tartışmalıdır ve anne ile bebek arasındaki kar-zarar oranını değerlendirmek zordur. Bu durumda hekim bulunduğu koşulları ve eğitimi göz önüne alarak doğumu planlamalıdır.

Monoamniyotik ikizler, doğum anında kilitlenme, kordon düğümlenmesi ve ikizden ikize transfüzyon gibi perinatal mortaliteyi arttıran özellikler ile ilişkilidir. Tanı ancak ultrasonografinin iyi kullanımı ile mümkündür. Bu durumda doğum tercihi sezaryen olmalıdır. Üç ve üzeri gebeliklerde doğumda düşük Apgar skoru olasılığını ve perinatal ölüm insidansını düşürdüğü için sezaryen uygulanır (31) .

c. Placenta Previa (Pp): Plasenta iç servikal osu kısmen veya tamamen kaplayan gebeler (grade 3 veya 4 placenta previa) sezaryen olmalıdır. Tüm sezaryenlerin yaklaşık %3'ünde Pp ilk endikasyondur (%2.2 aktif olmayan, %0.9 aktif vaginal kanama gözlenir). Pp nedeniyle sezaryen olan gebelerin kan kaybı riski, diğer sezaryen endikasyonlarına göre daha fazladır. Bu nedenle kan transfüzyon ünitesi ve tecrübeli obstetrisyen gereklidir.

Placenta previa ve anterior duvar yerleşimi birlikteliği mevcutsa sezaryendeki insizyon, ciddi hemoraji riski göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Placenta previa ve placenta akreta birlikteliği her zaman akılda tutulmalıdır (imkan varsa ultrasonografi ile ekarte edilmelidir. Ultrasonografi ile plasentanın internal osu uzaklığı hesaplanabiliyorsa, uzaklığın 2 cm ve üzeri

olduğu durumlarda vaginal doğum denenebilir. Pp olan gebelerde 24.-34. gebelik haftaları arasında ise fetal akciğer maturasyonu için steroid uygulanmalıdır (31).

d.Fetal makrozomi:Fetusun doğum ağırlığının 4000 gram ve üzerinde olmasıdır (sıklığı:%9). Fetal makrozomi maternal (postpartum hemoraji, anal sfinkter laserasyonu, postpartum enfeksiyon) ve fetal morbidite (uzamış eylem, artmış müdahaleli doğum olasılığı, omuz distosisi, brakial pleksus zedelenmesi, mekonyum aspirasyonu, fetal mortalite) oranlarını yükseltir. Obez, diabetik ve makrozomik bebek doğumu öyküsü olan gebelerde fetal makrozomi açısından uyanık olmak gerekmektedir.

Tahmini fetal ağırlığı (TFA) 4000-4500 gram olan diyabetik olmayan gebelerde anne ile bütün riskler ve yararlar tartışıldıktan sonra doğum normal vaginal yolla denenebilir .Doğum eylemi takibi dikkatli yapılmalı, ilerlemeler düzenli bir şekilde partograf kullanılarak kaydedilmelidir. Doğum eylemine yardımcı indüksiyon kullanılabilir ancak sezaryen oranlarını arttırdığı unutulmamalıdır. Uzamış eylem düşünülüyorsa sezaryen ile doğum gerçekleştirilir. TFA >4500g olan nullipar gebeliklerde ve >4000g olan diyabetik anne adaylarına sezaryen önerilmelidir. Geçirilmiş sezaryen öyküsü olan tahmini fetal ağırlığı (TFA) >4000g olan gebelerde doğum sezaryen ile yapılmalıdır. Omuz distosisi öyküsü olan TFA>4000g olan gebelerde doğum sezaryen ile yapılmalıdır (31).

e. Anneden bebeğe bulaşabilecek maternal enfeksiyonlar: Bu başlık altında genel olarak maternal HIV(human immunodeficiency virus), Hepatit B virus, Hepatit C virus ve genital herpes simpleks virus (HSV-2) ele alınmaktadır (31).

HIV: Anneden çocuğa bulaş hiçbir müdahale yapılmayan doğumların yaklaşık %25.5’inde görülür. Antiretroviral tedavi, sezaryen ile doğum, anne sütü ile beslenmeme birlikteliği ile bu oran %1’e düşmektedir.

Sezaryen ile doğum çocuğa bulaşı anlamlı bir şekilde azaltmaktadır (%0.05’e karşılık %0.55). HIV pozitif gebelere planlanmış sezaryen önerilmelidir.

Genital herpes simpleks virus (HSV-2): Neonatal HSV yüksek mortalite ile seyreden sistemik bir hastalıktır ve enfekte annenin doğum kanalından temas ile bulaştığı düşünülmektedir (1.65/100000 canlı doğum). Neonatal herpes enfeksiyonu yüksek mortalite ile seyrettiğinden, üçüncü trimesterde primer HSV-2 enfeksiyonu olan gebelere sezaryen ile doğum önerilmelidir.

f. Fetal anomaliler: Fetal miyelomeningosel, sakrokoksigeal teratom, fetal batın ön duvarı defektleri ve non-immun hidrops gibi durumlarda sezaryen ile

doğum önerilebilir. Genel olarak fetal anomalilerde doğum şekli olgunun özelliklerine göre bireyselleştirilmelidir. Bu olgularda sezaryenden beklenen, perinatal morbidite ve mortaliteyi düşürmektir.

g. Transvers Geliş: Eylemin erken döneminde ve zarlar açık değil ise fetüse eksternal versiyon denenebilir. Bu prosedürün erken doğuma ve ablasyo plasentaya yol açabileceği anne adayını ile bilimsel ölçülerde tartışılmalı ve gerekirse anne adayının onamı ile elektif şartlarda sezaryen düzenlenmelidir .ESV girişimi başarılı olmaz ise veya yapılması uygun değil ise gebe sezaryen ile doğurtulmalıdır. Olgu ihmal edilirse uterus rüptürü gelişebilir. Doğum hekimi anne adayını ile görüşüp maternal-fetal mortalite riskini tartışmalı ve sezaryen önermelidir.

h. Geçirilmiş Uterus Cerrahisi: Miyomektomi, metroplastik operasyonları ve alt segment transvers insizyon dışındaki sezaryen operasyonlarında rüptür riski nedeniyle sezaryen yapılmalıdır.

B. Acil Sezaryen Operasyonları:

a. Fetal Sıkıntı: Fetal kalp hızında düzelmeyen ve normale dönmeyen bir durum mevcutsa, perinatal morbidite ve mortaliteyi önlemek için sezaryen önerilir. Fetal sıkıntı tanısı konulan hastaya en geç 30 dakika içerisinde sezaryen yapılması gerekmektedir.

Fetal sıkıntı tanısı risk durumuna göre aşağıdaki yöntemlerden bir ya da bir kaç uygulanarak koyulur:

- ✓ Partogram ve fetal kalp atım hızının fetoskop yardımı ile izlenmesi.
- ✓ Aralıklı ya da sürekli elektronik fetal monitorizasyon.
- ✓ Fetal saçlı deri kan örnekleme veya puls oksimetre.

Fetus matür hale geldikçe mekonyum ile boyanmış amniyon mayisi sık olarak görülür ve tek başına fetal sıkıntının bir göstergesi olmayabilir. Kalp atım hızında anormallik olmaksızın mekonyumla boyalı amniyon sıvı varlığında dikkatli olunmalıdır. Kalın-koyu mekonyum varlığı azalmış amniyon mayisi içine mekonyum geçişini gösterir ve doğumun çabuklaştırılmasını gerektirir. Eğer bu bulgu doğum eyleminin erken fazında meydana geldiyse ve doğum eyleminin uzun süreceği (primigravida) öngörülüyorsa sezaryen düşünülebilir. Mekonyum aspirasyonunu önlemek için doğumda gerekli ağız-burun aspirasyonu hızlı bir şekilde yapılmalıdır.

b.Prezentasyon Anomalileri: Alın gelişinde fetüs canlı ise sezaryen yapılır. Yüz gelişinde çene arkada pozisyon (mentum posterior) sezaryen ile doğurtulur. Mento anterior da yakın izlem ile vaginal doğum sağlanabilir.

c.Uzamış eylem (Distosi): Distosi 4 farklı anomalinin tek tek veya birlikte görülmesi ile oluşur;

1. *İtici güçlerdeki anormallik;* Serviksin dilate olması veya silinmesine yetmeyecek şiddetteki uterin kontraksiyonlar (uterin disfonksiyon) veya doğumun ikinci aşamasında yetersiz istemli kas eforu.

2. *Maternal kemik pelvis anormallikleri;Pelvik kontraksiyon*

3. *Fetüs gelişim, pozisyon veya prezantasyon anormallikleri*

4. *Fetüsün ilerlemesine engel teşkil eden ürogenital sistem yumuşak doku anormallikleri*

Partograf kullanarak uzamış eylemin erken tanı ve yönetimi yapılmalıdır. Uzamış eylemin tanısı konulduktan sonra yapılacak ilk müdahale amniyotomi yaparak ve oksitosin uygulayarak uterus aktivitesini arttırmaktır. Erken amniyotomi, erken oksitosin uygulaması ve sürekli profesyonel destek eylemin ilerlemesini, dolayısı ile normal doğumu sağlayacaktır.

Eğer uterus aktivitesi sağlandıysa ve eylem hala zor ilerliyorsa mekanik engel düşünülmelidir. Bu durum kesin baş-pelvis uyumsuzluğu veya başın yanlış yerleşimine bağlı göreceli baş-pelvis uyumsuzluğu olabilir. Fetusun alın ve yüz geliş pozisyonunda olduğu gebeler ameliyathanede müdahaleli vaginal doğum için uygun olabilirler, yine de bu durumlarda sezaryen tercih edilmelidir. Oksipito-lateral veya posterior pozisyondaki gebelerin doğum eylemlerinin daha uzun sürebileceği akılda tutulmalıdır. Yine bu gebelerde ameliyathanede müdahaleli vaginal doğum denenebilir. Tüm bunlara rağmen doğum gerçekleşmiyorsa sezaryen tercih edilmelidir.

d.Baş-pelvis uyumsuzluğuna bağlı anormal eylem: Baş-pelvis uyumsuzluğu ifadesi; fetal baş ve maternal pelvis şeklinin (üç boyutlu) normal vaginal yolla doğuma olanak sağlamadığı, doğum eyleminin bu nedenle tıkanıp durumlarda kullanılır. Bu uyumsuzlukların çoğu fetal başın malpozisyonundan kaynaklanmaktadır (asinklitizm, hiperekstansiyon vb.) . Oksitosin ile desteğe rağmen eylemin durması halinde baş-pelvis uyumsuzluğundan veya olası bir makrozomik fetustan şüphelenilmelidir.

Bu durum anne ve fetüste omuz distosisine bağı travma riskini artırır. Bununla birlikte makrozomik olmayan bebeklerde de omuz distosisi gerçekleşebilir. Omuz distosisini doğum eyleminden önce ve doğum eylemi sırasında öngörmek her zaman mümkün değildir.

e.Kordon sarkması: Son yıllarda doğum şekli ne olursa olsun kordon sarkmasına bağı fetal mortalite oranı %0.43'ten %0.55' e yükselmiştir.

Kordon sarkmasının %20-30'unda serviks tam açık ve baş spinaların hizasında veya altındadır. Bu durumda acil forseps ve vakum ile doğum olabilmekle beraber, vakum ve forseps kondisyonları uygun olmasına rağmen morbidite oranının yüksek oluşu (intrakranyal hematoma, fasyal veya kranyal hasarlar vs.) nedeni ile sezaryen uygulanabilir.

Steril eldiven giyerek el vaginaya yerleştirilmeli ve kordon üzerindeki basıncı azaltmak için gelen kısım yukarı doğru itilip pelvisten uzaklaştırılmalıdır. Diğer el karından pubis üstüne konarak gelen kısım pelvis dışında tutulmalıdır. Gelen kısım pelvis girişinin üstünde sıkıca tutulurken vaginadaki el çekilmelidir. Sezaryen yapıncaya kadar karındaki el tutulmaya devam edilmelidir. Kasılmaları azaltmak için, eğer mümkünse tokolitik ajanlar uygulanmalıdır. Takiben acil sezaryen yapılmalıdır.

f.Plasenta Dekolmanı: Ablasyo plasenta doğumların yaklaşık %1'inde görülür. Travma, sigara kullanımı, çoğul gebelikler, hipertansiyon, preeklampsi, trombofililer, ileri yaş gebeliği, intrauterin enfeksiyonlar, polihidramniyos, erken membran rüptürü, daha önceki gebeliklerde ablasyo öyküsü, erkek fetus ve kokain kullanımı ablasyo plasenta için risk faktörleridir. Tanı temelde klinik olarak konulur. Ultrasonografi ve Kleihauer-Betke testinin tanıdaki değeri sınırlıdır.

Ablasyo plasentada yönetim bireyselleştirilmelidir. Karar hastaya göre, (ablasyonun ciddiyeti, gebelik haftası ve fetusun prezentasyonuna göre) verilmelidir. Büyük ablasyo plasentada (> %50) fetus canlı olsa bile sonuçlar kötüdür. Ablasyo plasenta ağır ise, mümkün olan en kısa süre içinde, olası koagülasyon problemlerini de düşünerek (taze donmuş plazma, fibrinojen, eritrosit süspansiyonu hazırlatılarak) sezaryen düzenlenmelidir. Annede hipovolemi ve ağır tüketim koagülopatisi varsa ve olayın kaynağı ablasyo plasenta ise, gelişmiş olan diseminan intravasküler koagülasyonun (DİC) kesin tedavisi, doğumun biran önce gerçekleşmesi ile sağlanır.

2.2.2.2. Sezaryen Kontraendikasyonları

En önemli kontraendikasyonu uygun bir endikasyonunun olmayışıdır (33). Bunun dışında karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetus, uygun koşulların bulunmayışı (33) sayılabilir.

2.3. ADOLESAN DOĞUMLAR

Tüm dünyadaki doğumların %11' inin adölesan gebelikler sonucu geliştiği tahmin edilmektedir. Ayrıca bu gebeliklerin %90'ından fazlasının orta-düşük gelirli ülkelerde olduğu bilinmektedir (34).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun 2014 yılı “Dünya Nüfusunun Durumu Raporu”na göre, Türkiye’de evliliklerin üçte birinde kadınların 18 yaş altında bulunduğu ve her yıl 18 yaş altındaki 91000 kadın anne olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada ülkemizde 15-19 yaş grubundaki her 1000 kadın başına 28 doğum düştüğü rapor edilmiştir (35).

Bireyin ruhsal ve fiziksel gelişimini tamamlamadan yaptığı evlilikler erken evlilik olarak tanımlanmaktadır. “Çocuk Hakları Sözleşmesi” gibi uluslararası belgelere göre, on sekiz yaşının altında yapılan her evliliğe “çocuk evliliği”, evlenen kız çocuklarına da “çocuk gelin” denilmektedir. Dayatmacı ataerkil yapı, toplumsal değerler, gelenek görenekler, eğitim yetersizliği, işsizlik ve yoksulluk gibi nedenler kız çocuklarının erken yaşta evlenmelerine neden olmaktadır (36).

Çocuk yaşta evliliğin bir sonucu olarak ortaya çıkan adölesan gebelikler ve adölesan, düşük doğum ağırlığı, preterm eylem, perinatal ölüm, sefalopelvik uygunsuzluk ve maternal ölüm gibi maternal ve fetal kötü sonuçların daha sık gözlemlendiği farklı çalışmalarda gösterilmiştir.

2.4. 40 YAŞ ÜSTÜ DOĞUMLAR

İleri anne yaşı, tanım olarak 35 yaş ve üzeri anneler için kullanılmaktadır. Çok ileri anne yaşı ise 40 yaş ve üzeri anneler için kullanılır (37,38). Sosyoekonomik düzey, eğitim gerekliliği, ikinci evlilik, korunma yöntemlerini bilmeme ve iş gücü kazanım amaçlı olarak kadınlar doğurganlık yaşını 35 yaş üzerine çıkarabilir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çalışan kadın kesiminde çocuk doğurmayı ertelemek yaygınlaşmış olup, bu duruma infertilite eklendiği zaman ileri anne yaşı oranlarında artmalar gözlenmiştir (37-39) Bu gebeler yaşa bağlı medikal sorunlar ve kronik hastalıklar daha fazla gözlenmekte olduğundan riskli gebelik sınıfına alınmaktadır (37,38,40) . Ancak iyi bir antenatal izlem ve perinatal bakım ile genç anne popülasyonuna benzer mortalite ve morbidite elde edilmektedir.

Son yıllarda adolesan veya ileri yaş gebelikler artmış ve önemli bir sosyal konu halini almıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki bütün gebeliklerin %15-20'sini adolesan gebeler, %14'ünü 35 yaş üstü gebeler oluşturmaktadır. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre bu iki grup gebeliğe bağlı anne ölümlerinin % 28.4' ünü oluşturmaktadır (41).

Adölesan gebeliklerin maternal ve perinatal etkileri konusunda tartışmalı sonuçlar mevcuttur. Adölesan gebeliklerde prenatal bakım ve beslenmenin kötü olması, alkol ve ilaç bağımlılığı nedeniyle yenidoğan morbidite ve mortalitesinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte bazı yayınlarda fark saptanmamıştır (42).

Antenatal bakımın yeterli olduğu adölesan gebe popülasyonunda doğum tartısının daha düşük olması dışında maternal ve neonatal mortalite ve morbiditede artış görülmemiştir (43).

İleri anne yaşı maternal ve neonatal problemler ile ilişkilidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar anne yaşındaki artışın intrauterin gelişme geriliği, abortus, ölü doğum, genetik anomaliler, kromozomal olmayan doğumsal anomaliler ve yenidoğan mortalitesinde artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (44,45). Otuzbeş yaşın üstündeki gebeliklerde preterm doğum riski artmakla beraber daha genç annelerin preterm bebekleriyle morbidite ve mortalite açısından fark görülmemiştir.

2.5. ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Erken membran rüptürü (EMR) doğum eylemi başlamadan önce fetal membranların yırtılması (amniyoreksis) olarak tanımlanır . Membranların rüptürü 37. gebelik haftasından önce meydana gelirse preterm erken membran rüptürü (PEMR), 37. gebelik haftasından sonra meydana gelirse term erken membran rüptürü (TEMR) adı verilir.

Membranların rüptürüyle doğum eyleminin başlaması arasındaki süre 24 saati geçerse bu uzamış erken membran rüptürü adını alır. EMR'den doğuma kadar geçen latent süre gestasyonel yaş ile ters orantılıdır. Term gebelikte latent süre genellikle 48 saatten kısa iken preterm olgularda 24 saatten birkaç haftaya kadar sürebilmektedir. Termde doğum eylemi membran rüptürünü takiben 48 saat içinde %90 oranında başlarken 33-36. gebelik haftalarında %80, 28-32. gebelik haftalarında %70 oranında başlamaktadır. 24-26. haftalardan küçük gebeliklerin %50 sinde doğum bir hafta içerisinde başlamaktadır.

EMR daha çok termde olmak üzere tüm gebeliklerin % 5-10'unda gözlenir . Preterm doğumların % 20-40'ında gözlenir . PEMR tüm gebeliklerin ise %3-5'inde meydana gelmektedir . Midtrimester EMR ise tüm gebeliklerin %0,6-0,7'sinde gözlenir. PEMR prematür doğumların en sık nedenidir (46) .

2.5.1. EMR Etyolojisi

1. Enfeksiyon
2. Vajinal Ph
3. Beslenme Bozuklukları
4. Uterus Aşırı Gerilmesi
5. Hormonlar
6. Sigara
7. Servikal Yetmezlik
8. Prolaktin
9. Koitus
10. Düşük sosyoekonomik durum
11. Gebelikte vajinal kanama
12. Amniosentez
13. Daha önceki gebeliklerinde EMR öyküsü,

2.6. PRETERM EYLEM

Doğum kilosuna bakılmaksızın son adet tarihi kesin olarak bilinen bir gebenin 20 ve 37. haftalar arasında doğum ağrılarının başlamasına preterm eylem, doğumun gerçekleşmesine preterm doğum denir.

Preterm eylem teşhisi koyabilmek için on dakikada iki kez veya otuz dakikada üç-dört kez gelen ve en az otuz saniye süren uterus kontraksiyonları ile birlikte servikal efasman ve dilatasyonun olması gerekmektedir (47).

2.6.1. Preterm Eylem İnsidansı

İntrauterin gelişme geriliği olan bebeklerle preterm bebeklerin birbirinden ayrılması güç olduğu için insidans net olarak saptanamamaktadır. 1993 yılında yapılan çok merkezli bir tarama sonucunda erken doğum insidansı % 9.6 olarak belirlenmiştir (48). Son yüzyıl içinde preterm doğum insidansında % 13'lük bir artış olmuştur (49).

2.6.2. Preterm Doğumun Etyolojisi

Uzun yıllar süren çabalara karşın insanlarda doğum eylemini başlatan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Genellikle preterm eylemin birden fazla sebebi olduğu ve birden fazla mekanizma ile başladığı kabul edilmektedir. Preterm doğum eyleminin nedenleri aşağıda gösterilmiştir.

A. Maternal nedenler

- ✓ Maternal genitoüriner enfeksiyonlar
- ✓ Hipertansiyon
- ✓ Maternal kalp hastalığı
- ✓ Maternal böbrek hastalığı
- ✓ Maternal enfeksiyonlar
- ✓ Şiddetli anemi
- ✓ Hipertiroidi
- ✓ Hepatit, Yanık veya travma
- ✓ Cerrahi girişimler
- ✓ Malnütrisyon veya obezite
- ✓ Sigara-alkol içimi

B. Obstetrik nedenler

- ✓ Sık doğum
- ✓ Önceki gebeliklerde preterm doğum
- ✓ Önceki gebeliklerde abortus anamnezi
- ✓ Gebelikte yetersiz veya aşırı kilo alımı
- ✓ Asemptomatik intrauterin enfeksiyonlar
- ✓ Membranların rüptüre olması
- ✓ Plasenta patolojileri
- ✓ Konjenital fetal anomaliler
- ✓ Polihidramnios veya oligohidramnios
- ✓ Multifetal gebelik
- ✓ Servikal patolojiler
- ✓ Uterin anomaliler

2.7. POSTTERM GEBELİK

İyi bir perinatal sonuç için doğum eylemi ve doğumun zamanında gerçekleşmesi büyük önem taşır. Günaşımı gebelik (42.gebelik haftası tamamlanmış gebelik) perinatal morbidite ve mortalitede belirgin artışa neden olur (50,51). Mekonyum aspirasyonu, kronik intrauterin malnutrisyon (fetal dismatürite sendromu), uzun dönem nörolojik sekeller ve nadir de olsa fetal ölüm postterm gebeliğin önemli riskleridir (52). 43. gebelik haftasında düşük risk grubundaki gebelerin doğum eyleminin indüksiyonu önerilmektedir(50,51,53). Ancak bakıldığında bu önerilerin 1989 yıllarında yapıldığı görülmektedir.

Günümüzde genel görüş 41. gebelik haftasından sonra fetusun, önceleri sanıldığından çok daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir (54,55). Ayrıca yeni bilgiler termde rutin doğum indüksiyonu sonrasında yapılan sezaryen doğumların önceden bildirilen oranlardan daha az olduğunu ve muhtemelen bu azalmanın son yıllarda daha sık kullanılmaya başlayan serviks olgunlaştırıcı ilaçlar sayesinde olduğuna işaret etmektedir (56,57) . Postterm gebelik (gün aşımı); ACOG, WHO ve FIGO tarafından son adet tarihinin (SAT) ilk gününden itibaren hesaplanan gestasyonel yaşın 42 hafta (≥ 294 gün) ve üstü olması olarak tanımlamaktadır.

Tanı koymada kesin günleme kritik rol oynamaktadır. Hastanın regüler menstrüasyon görmesi, son adet tarihinin doğru hatırlanması, gebelik testinin tarihi ve ilk hissedilen fetal hareket günleme için bize ipucu verecek ise de en doğru hesaplama erken dönemde yapılmış olan ultrasonografik gebelik yaşı tespitine dayanarak yapılacak günlemedir. Ayrıca seri ultrasonografik takip günleme için son derece kıymetlidir.

Gestasyonel yaşın belirlenmesi için kullanılan ultrasonografinin de son trimesterde hata oranının ± 3 haftalara kadar çıkması nedeniyle gün aşımı gebeliklerde yardımı sınırlı kalmaktadır. Bu yüzden SAT ve ultrasonografiyi kombine etmek en güvenilir yoldur. Kesin günleme aşamasından sonra ilk yapılacak işlem ise fetal iyilik halinin saptanmasıdır. Bu amaçla non-stress test (NST) ile birlikte amniotik sıvı volumu saptanması, bio-fizik profil (BFP) ve eğer gerekirse oksitosin challenge test (OCT) uygulanabilir. ACOG antenatal fetal iyilik hali testlerinin 42. haftadan itibaren yapılması gerektiğini önermiştir (51).

Post term gebelik insidansı popülasyonun çeşitliliğine (örneğin primigravid gebelerin yüzdesi, gebelik komplikasyonlarının yüzdesi ve preterm doğumların insidansı gibi) veya lokal olarak uygulama şekillerinin çeşitliliğine bağlı olarak (elektif sezaryen ve rutin doğum indüksiyonu gibi) değişiklik gösterebilmektedir. Primiparite ve önceden postterm gebelik olması, postterm gebelik için risk faktörü olarak sayılabilir(58) . Postterm gebeliklerin büyük bölümünde bilinen bir neden yoktur. Plasental sulfataz eksikliği veya polihidraminos olmaksızın anensefali nadir nedenlerden sayılabilir(51). Postterm gebelik genelde %10 (%3-14) oranında görülmekte olup, bu hastaların da %4'ü (%2-7) obstetrik bir girişim yapılmazsa 43. haftalarını tamamlayabilirler (50,51).

2.8. PLASENTA PREVİA(Pp)

Plasenta previa; plasentanın internal servikal osu kısmen ya da tamamen kapatması olarak tanımlanır. Obstetrik kanamaların önemli bir nedeni olup yaklaşık yılda 1,000 doğumda %4.8 oranında görülmektedir.

Pp ; plasenta akreata, inkreta ve perkreta gibi plasentasyon anomalileri ile komplike olduğunda morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Cerrahi doğum sayısının artışına bağlı olarak plasenta previa, perkreta insidansı her geçen gün artmaktadır.

Plasenta akreata (anormal plasentasyon), desidua bazalisin bölgesel ya da yaygın yetersizliği ile karakterize bir durumdur. Villusların myometriyuma yüzeyel tutunduğu ancak invaze olmadığı plasenta akreata, miyometriyuma invaze olduğu plasenta inkreta ve plasentanın myometriyumu tümü ile geçerek serozaya kadar ulaştığı plasenta perkreta olmak üzere 3 tipi vardır. Plasenta perkreta, uterusun serozal tabakasını invaze etmesi ve komşu pelvik organları da invaze etme potansiyeline sahip olması nedeniyle en şiddetli formudur. Sezaryen histerektomi genellikle hayatı tehdit eden kanama kontrolü için gereklidir.

Hemodinamik olarak stabil olan seçilmiş hastalarda konservatif tedavi uygulanabilir. Böylece hastanın fertilitésinin korunması yanında morbidite ve kan transfüzyon miktarı da azaltılmış olacaktır(48).

Plasenta perkreata, sezaryen operasyonlarının insidansındaki artışa bağlı olarak insidansı günden güne artan ve hayatı tehdit eden bir durumdur.(48) Risk faktörleri arasında geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, myomektomi) veya dilatasyon-küretaj (D-C), plasenta previa, maternal yaş, multiparite, Asherman Sendromu, submuköz leiomyom sayılabilir. Morbiditeyi azaltmak açısından renkli Doppler ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ile erken ve doğru tanı koymak ve uygun yönetim oldukça önemlidir(51).

Manyetik rezonans görüntülemenin sensitivitesi %80-88, spesifitesi %65-100 olarak bildirilmiştir. Manyetik rezonans görüntüleme, antepartum dönemde tanıyı desteklemede oldukça yararlı olup postoperatif süreçte uterin kavitede bırakılan plasentanın takibi daha ucuz bir yöntem olan ultrasonografi ile yapılabilir.

2.9. PREEKLAMPSİ

Preeklamps, patogenezi halen tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, plasental mikrodolaşımdaki değişikliklerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Maternal spiral arterlerin yetersiz trofoblastik invazyonu, düşük dirençli uteroplental dolaşım gelişiminde başarısızlık oluşturarak yetersiz plasentasyona neden olmaktadır (59).

Anormal plasentasyon, tromboz gelişimine eğilimde artışla ilişkilidir. Böyle bir komplikasyon, genetik trombofilik mutasyonlar ile ayrıca kazanılmış bir risk faktörünün (gebelik) birlikteliği neticesinde gelişebilir (59).

2.9.1. Gestasyonel Hipertansiyon:

Önceden normotensif olan hastada 20. Gebelik haftasından sonra hipertansiyon gelişmesi ve kan basıncının en geç postpartum 6. Haftada normale dönmesi olarak tanımlanır. 4 saat arayla bakılan sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg veya diastolik kan basıncı 90 mmHg olması tanı koydurucudur.

Preeklampsiyi; preeklampsi ve şiddetli preeklampsi olarak ikiye ayırmak mümkündür. Eski yıllarda yapılan sınıflamadaki hafif preeklampsi terimi artık preeklampsinin her an ciddi morbidite ve mortaliteyle ilişkili olabileceği göz önünde bulundurularak sınıflamadan kaldırılmıştır. Preeklampsi erken başlangıçlı ise ,eşlik eden patoloji varsa hızla kötüleşmesi mümkün olan bir süreçtir.

2.9.2. Proteinüri:

Preeklampsi sadece hipertansif bir durum değil , multisistemik bir sendromdur. Proteinüri, bu sendromik durumu test etmenin geleneksel bir yöntemi idi . Ancak bazı olgularda proteinüri olmaksızın eklampsi ya da şiddetli preeklampsi görülebiliyor. .Proteinüri miktarı ile maternal veya fetal sonuçlar arasında güçlü bir korelasyon saptanamıyor. Bu gelişmeler ışığında yeni öneri preeklampsi olarak sınıflandırmak için proteinürinin şart olmadığı; tüm sistemik belirti ve bulgular kullanılması gerektiği şeklinde olmuştur.

2.9.3. Preeklampsi Klinik ve Laboratuvar Bulguları : (60)

Hipertansiyon (140–159/90–109 mmHg 4 saat arayla veya $>160/110$ birkaç dakika arayla) ve bir veya daha fazla sistemik tutulum olması şeklinde tanımlanır.

Sistemik Bulgular:

- ✓ *Proteinuri:* Spot idrar protein/kreatinin >0.3 veya >300 mg/24 saat veya $\geq 1+$ dipstick test
- ✓ *Trombositopeni:* Platelet $<100000/dl$
- ✓ *Karaciğer Fonksiyon Bozukluğu:* x2 transaminaz düzeyi
- ✓ *Renal yetmezlik:* Başka renal hastalık yokken kreatinin >1.1 mg/dL
- ✓ *Pulmoner ödem*

✓ *Serebral veya görsel semptomlar*

2.9.4.Şiddetli Preeklampsi :

Hipertansiyon ($\geq 160/110$ mmHg 4 saat arayla) ve bir veya daha fazla sistemik tutulum olarak tanımlanmıştır. Sistemik tutulum sınıflaması preeklampsi ile aynı olmakla birlikte KC fonksiyon değerlendirmede epigastrik ağrı da listeye eklenmiştir. (60)

2.10. DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIĞI:

Gebelik haftasından önce canlı doğan her yenidoğan, preterm olarak tanımlanır. Gebelik haftasına bakılmaksızın 2500 gr altında olan tüm yenidoğanlar ise LBW(düşük doğum ağırlıklı) kabul edilirler. Gebelik haftası ve ağırlık göz önüne alınarak yapılan diğer bir tanımda ise yenidoğanlar gebelik haftasına göre tartısı düşük (SGA), uygun (AGA) ya da iri (LGA) olarak gruplandırılır (61).

Tarihsel gelişme içinde ilk kez 1920 lerde 2500 gramın altındaki fetuslar için prematurite tanımlanması kullanılmıştır. Bu tanımlama 1961 yıllarına kadar devam etmiş, Dünya Sağlık Teşkilatının (WHO) ilgili komitesi tarafından bu gruba sokulan fetusların tümünün prematürite içinde değerlendirilmesinin yanlış olacağı ve bu gruba 'düşük doğum ağırlıklı fetus' tanımlamasının daha doğru olacağı bildirilmiştir. 1974 te Genova'da toplanan WHO komitesi, fetusun gebelik gününe göre geri kalmış ve ileride olmasının kullanılmasını tavsiye etmiştir. Ancak persentil olarak ve standart sapmanın da tanımlanmamış olması nedeni ile sorunlar oluşturmuştur.

Genel olarak, herhangi bir patoloji tespit edilmemiş fetus için, pediatrik bir terim olan gebelik yasına göre küçük fetus (SGA) tanımlaması daha popüler olarak kullanılmıştır.(62) Gebelik haftasına göre 10. Persentilin altında doğan canlı yenidoğan, gebelik haftasına göre tartısı düşük (SGA- small for gestational age), 10. ve 90. persentiller arasında doğan canlı yenidoğan gebelik haftasına göre tartısı uygun (AGA- appropriate for gestational age) ve 90. Persentilin üstünde doğan canlı yenidoğan gebelik haftasına göre iri (LGA- large for gestational age) yenidoğan olarak belirtilir.

40. Gebelik haftasında 1800 gr doğan bir yenidoğan LBW ve SGA bebek olarak tanımlanırken, 32. Gebelik haftasında 1800 gr doğan yenidoğan LBW, preterm ve AGA yenidoğan olarak tanımlanır. Her iki bebeğin aynı kilolarda olmalarına rağmen, sorunları ve bakımları çok farklıdır.

Tüm dünyada 20 milyondan fazla 2500gr'dan düşük bebek doğmaktadır. Bunların %30 ila %40'ı term olarak (37-42 gebelik haftası arası) doğarlar, iyi gelişim gösterememişlerdir, yani SGA'dırlar. (61,63,64) IUGR ve SGA terimleri genelde eşanlamlı olarak kullanılmakla birlikte içerik olarak farklı durumları ifade ederler.

ABD (Amerika Birleşik Devletleri) de IUGR hem LBW hem de SGA bebekleri tanımlamakta kullanılır. Doğum tartısı beklenenin altında olan term bir yenidoğanda beraberinde IUGR olabilir, fakat yenidoğan SGA olmayabilir. SGA yenidoğanda neden, IUGR 'lı yenidoğanda olduğu gibi, patolojik olabilir ya da sağlıklı ve ufak bebekte olduğu gibi nonpatolojik olabilir.(64,65)

2.11. YÜKSEK DOĞUM AĞIRLIĞI

Klinik olarak makrozomi çeşitli şekillerde tanımlanır. Fetal ağırlığın 4000-5000 gr üzerinde olması genel olarak kabul görmüş bir tanım olmakla beraber bugün çoğunlukla gebelik yaşına göre büyük bebekten bahsetmek daha doğru sayılmaktadır (66,67). Gebelik yaşına göre iri bebek "Large for Gestational Age = LGA" tanımı gebelik yaşına göre beklenen fetal ağırlığın 90.persantilin üstünde olmasıdır (66). LGA tanımı doğum haftasına göre yapılırken, makrozomi tanımı gebelik haftasına ve diğer demografik özelliklere bakılmaksızın gerçek doğum ağırlığını kriter olarak almaktadır. Makrozomi fetusun gereğinden fazla kilo alması olarak kabul edilmekle birlikte araştırmacılar bu fazlalığı belirleyecek sınır için değişik değerler vermektedir.

Genel olarak 4000 gram ve üstünde doğan tüm yenidoğanlar makrozomik olarak kabul edilir. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2000 yılında kesme değeri olarak 4500 gr'ı belirlemiştir (67). Spellacy makrozomik doğumu kendi içinde ikiye ayırarak 4500-4999 gram arasını hafif makrozomi, 5000 gram ve üstünü ise ağır makrozomi olarak sınıflandırmıştır (68). Bir çalışmada Ponderal indeksi (Ponderal indeks = Ağırlık (gr) x 100/boy (cm) 2.85'in üzerinde olan fetuslar makrozomik olarak değerlendirilmiştir (69).

Literatürde günümüze değin bildirilen en iri yenidoğan 1916'da 11340 gramlık (25 pound) ölü kız bebektir (70). Son 50 yılda makrozomi sıklığının arttığı gösterilmiştir (71). Mark ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada genel hastane popülasyonunda makrozomi görülme sıklığının ortalama % 10 olduğu bildirilmiştir (72).

ABD' de 170.000 doğumu içeren bir istatistiksel çalışmada makrozomi sıklığı % 8.1, 4500 gram ve üstündeki doğum sıklığı ise % 1.2 olarak saptanmıştır (73). Langer 75.363 doğumda diyabeti olmayan hasta grubunda makrozomi sıklığını % 8 olarak saptarken, diyabetli olgularda 3 sıklığın % 26'ya yükseldiğini belirlemiştir (74). Genel olarak diyabetik gebeliklerde makrozomi sıklığı % 8-45 arasında değişmektedir. Gün aşımı gebelik; diyabet ve obezite sonrası makrozomi için önemli 3. nedendir. Gün aşımı olgularında makrozomi sıklığı term doğumlara göre 3 - 7 kat artmaktadır.

2.12. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ (YDYBÜ) İHTİYACI

YDYBÜ ihtiyacı endikasyonları aşağıda sıralanmıştır.

2.12.1. Prematürite:

Prematüre (preterm) bebek 37. Gebelik haftası tamamlanmadan, başka bir deyişle 36 hafta ve 6 günden önce doğan (259 günden küçük) bebektir (75) .Sağlıklı term bebeklerin doğum ağırlığı 2500 g ile 4500 g (3. ve 97. persantil) arasında değişebilir. İrice yapılı bir bebek gebeliğin 36. haftasında 2800 g ağırlıkla doğabilir. Bu bebek, doğum ağırlığı 2500 g üzerinde olmasına karşın prematüredir ve prematüre özellikleri gösterecektir. Yenidoğan bebeğin sorunlarının iyi değerlendirilmesi ve doğru tanı için gebelik yaşının ve doğum ağırlığının mutlaka birlikte değerlendirilmesi gereklidir (76) .

Prematüre bebeklerdeki başlıca problem organ sistemlerinin immatür olmasıdır. Bu yüzden de prematüre bebekler organ ve sistemleri tek başlarına yaşamlarını sağlayacak düzeye ulaşmaya kadar destek tedavisi ve bakıma muhtaçtırlar (77) . Prematüritenin düzeyine göre bu destek haftalar ya da aylar sürebilir. Bu konuda bebeğin ne kadar erken doğduğu ve doğum ağırlığı çok önemlidir. Prematüre bebekler gebelik yaşlarına göre üç gruba ayrılır:

a. İleri derecede preterm: Gestasyon yaşı 24-31 hafta arası olanlar

b. Orta derecede preterm: Gestasyon yaşı 32-36 hafta arası olanlar

c. Sınırdaki preterm: 36-37 haftalık olanlar. Prematüre bebeklerin üçte ikisi, sınırdaki prematüre bebeklerdir. Prematüre bebeklerde immatür organ sistemleri nedeniyle ortaya çıkan problemler arasında en sık görülenler; hyalin membran hastalığı (respiratuar distress sendromu) gibi solunum sistemi komplikasyonları, emme ve yutmada koordinasyon bozukluğu, beslenme intoleransı, beyin içine kanamaya eğilim ya da apne epizotları ve enfeksiyondur (78).

2.12.2. Yenidoğanın Geçici Takipnesi

Yenidoğanın geçici takipnesi (YGT) zamanına yakın ve zamanında doğan bebeklerde en sık görülen solunum sıkıntısı nedenidir. Solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatırılan bebeklerin yaklaşık üçte ikisinde görülmektedir. Tüm yenidoğan bebekler açısından bakıldığında her doğan 1000 bebekten 11'inde görülmektedir. Sezaryen ile doğan ve annede şeker hastalığı olan bebeklerde daha sık görülmektedir. Doğumdan itibaren ilk saatte başlayan takipne genellikle 48 saat içerisinde düzelir; nadiren bir haftaya kadar uzayabilir. Doğumdan sonra bebeğe kısıtlı sıvı uygulaması ve O₂ tedavisiyle tüm vücutla beraber akciğerdeki sıvı dolaşım ve

böbrekler yoluyla atılır. Yenidoğan bu dönemde ağırlığının %10-15'ini kaybeder ve takipne kaybolur. Yenidoğanın geçici takipnesi çoğunlukla yardımcı ventilasyon gerektirmeden düzelir (79) .

2.12.3. Prematüre Apnesi:

Solunumun 20 sn'den daha uzun, ya da bradikardi eşliğinde 20 sn'den kısa süreli durmasıdır.

2.12.4. Mekonyum aspirasyon sendromu:

Akciğerlere aspire edilen mekonyum parçacıkları küçük atelektazi ve anfizemli alanları oluşturarak ventilasyon perfüzyon dengesini bozarlar; ayrıca mekonyum kimyasal etkisiyle inflamatuar pnömoni yapar ve bakteriyel pnömoni riskini artırır. Genellikle term ve postterm bebeklerde görülür, öyküde mekonyumla boyanma ve doğumda aspirasyon öyküsü vardır.

2.12.5. Neonatal Sepsis:

Yenidoğan sepsisi; yaşamın ilk 4 haftasında bakteriyemi ile birlikte olan ve enfeksiyonun kan yoluyla birçok sisteme yayılım gösterdiği, büyük bir sıklıkla meninkslerin de tutulduğu akut sistemik bir hastalıktır.

2.12.6. Yenidoğan Sarılığı:

Yenidoğan bebeklerin yaklaşık %60-70'de yaşamın ilk günlerinde sarılık gözlenmektedir. Serum indirekt bilirubin seviyesi karaciğere gelen bilirubin yükünün artması ve bilirubinin konjuge edilerek barsağa salınımının yetersiz olması sonucunda artmaktadır. Yenidoğanda eritrosit sayısının fazlalığı ve eritrositlerin yaşam süresinin kısa olması bilirubin yapımının artmasının başlıca nedenleridir. Bazı durumlarda enterohepatik dolaşımın artması da karaciğere gelen bilirubin yükünün artmasına neden olmaktadır. Karaciğerde bilirubin konjugasyonun yetersiz olması da yenidoğan sarılıklarının önemli sebepleri arasındadır (80).

2.12.7. Nekrotizan Enterokolit (NEK):

Klasik triad; abdominal distansiyon, safralı kusma ve kanlı gaitadır. 34 gebelik haftasından büyük olan yenidoğanlarda genellikle yaşamın ilk haftasında ortaya çıkar. Ancak, 30 gebelik haftasından küçük doğanlarda 2. ve 4. haftalarda görülür.

2.12.8. Respiratuar Distress Sendromu (RDS)

Akciğerlerde endojen surfaktanın eksikliğine bağlı olarak doğumda ortaya çıkan pulmoner matürasyon problemi. RDS görülme sıklığı 28-30 haftalık bebeklerde %70 olup, sıklık gebelik yaşı ile ters orantılı olarak artar.

3. AMAÇLAR

Biz bu çalışmamızda İstanbul'da bir Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği olarak hizmet veren merkezimizde doğum yapan Suriyeli Sığınmacı kadınların ve kontrol grubu olarak Türkiyeli kadınların gebelikteki klinik karakteristiklerini ve doğum sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Suriyeli hasta grubu ve Türk hasta grubunda karşılaştığımız parametreleri;

1. Anne doğum yaşları

a. Adolesan doğum sayıları ve oranları, erken adolesan dönem ve geç adolesan dönem doğum sayıları ve oranları

b.İki grup arası 40 yaş üstü gebelik sayıları ve oranları

2. Gebelik sayıları, gebeliğin canlı doğum, ölüdoğum, abortus ve küretaj ile sonuçlanma oranları

3. Doğum şekilleri ve oranları

4. Gebelik komplikasyonlarından erken doğum tehdidi, pretermdoğum, posttermdoğum, erken membran rüptürü tanıları alma oranları ve arasındaki istatistiksel farkı

5. Gebeliklerin Pp ve preeklampsiyle komplike olma durumlarını

6.Bebek doğum ağırlığı açısından iki grup arası fark olup olmadığını,

a.<2500gr bebek doğum ağırlığı olmaları

b.>4000 gr bebek doğum ağırlığı olmaları

7. Yenidoğan bebeklerin yoğunbakım ihtiyaçlarını

8.Hastaların hastanede kalış süreleri; olarak belirledik.

Elde ettiğimiz verileri literatür bilgileri ve önceki çalışmalardaki veriler ışığında değerlendirip aradaki benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koymayı amaçladık.

4. HASTALAR VE YÖNTEMLER

Çalışmamız Nisan 2016 ve Nisan 2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan hastaları kapsayacak şekilde retrospektif kohort çalışması olarak yapıldı. Haseki EAH'ne doğum yapmak üzere başvuran ve doğum yapan 1317 hasta çalışmaya dâhil edildi. Çalışma grubu 584 Suriyeli sığınmacı ve 733 Türk hasta olarak oluşturuldu.

Hastalarda demografik veriler, obstetrik öykü, klinik bulgular, obstetrik ve neonatal sonuçlar karşılaştırıldı. Karşılaştırma parametreleri annenin doğum yaşı, doğum şekli, sezaryen ise kaçınıcı sezaryen olduğu, gebeliği komplike eden erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, plasenta previa, preeklampsivarlığı, preterm doğum veya postterm doğum varlığı, fetal doğum ağırlığı, hastanede kalış süresi, yenidoğan yoğunbakım ünitesi ihtiyacı olarak belirlendi.

Bütün bilgiler hastanemizin veri tabanı sistemi ve doğum kayıt defterinden alındı. Hastane verileri yetersiz olan hastalar ile otoimmün bozuklukları olanlar, kalphastalıkları, romatizmal hastalıkları olanlar, immunsupresif ilaç kullanan hastalar gibi önceden var olan sistemik hastalıkları olanlar her iki gruptan da hariç tutuldu.

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız iki grupta sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları, normal dağılım koşulu sağlanmadığından Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırılması Ki Kare Analizi ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

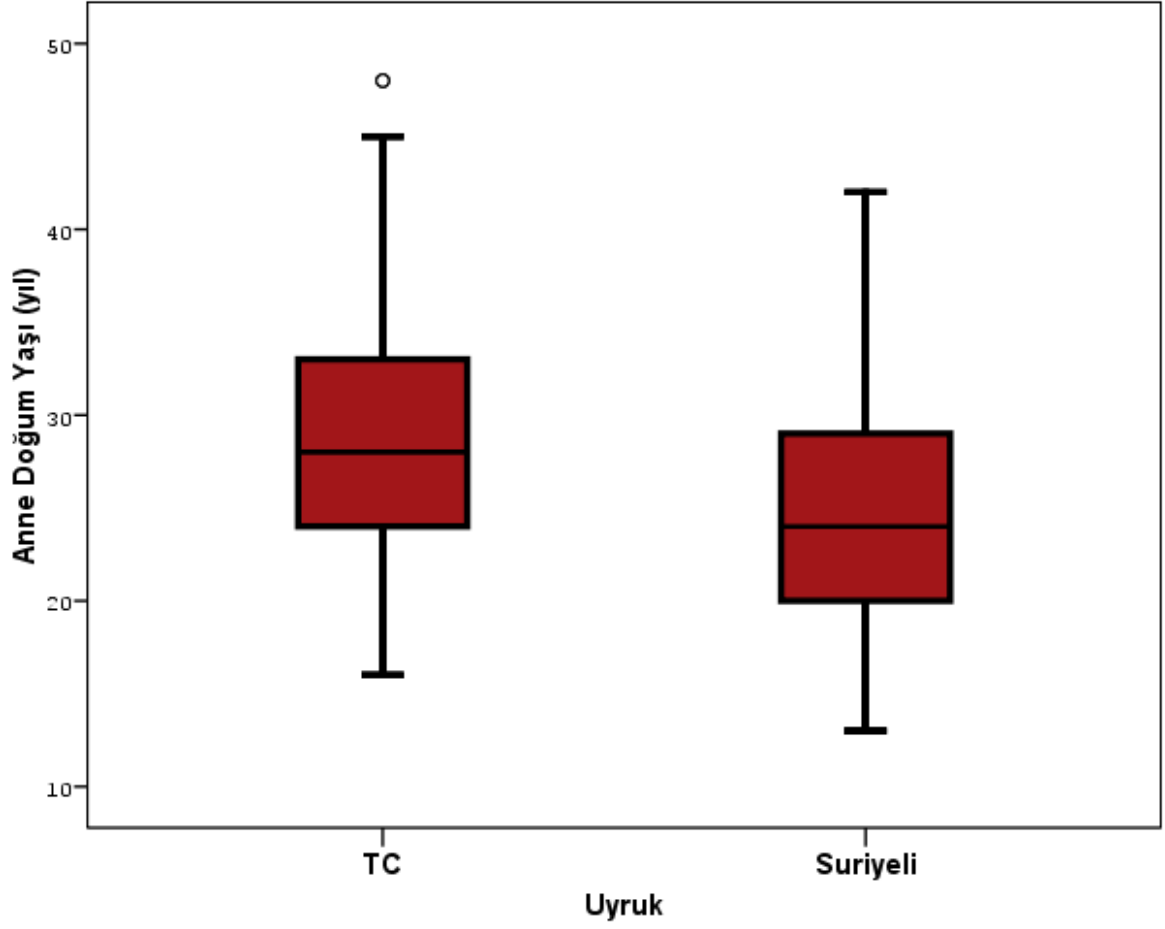
5. BULGULAR

Suriyeli hastaların doğum yaşı; TC vatandaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu($p<0,001$). Suriyeli hastaların 20 yaş altı doğum yaşı oranları yüksekti($p<0,001$). Türk hastaların 40 yaş üstü doğum oranları yüksekti ($p:0,019$).

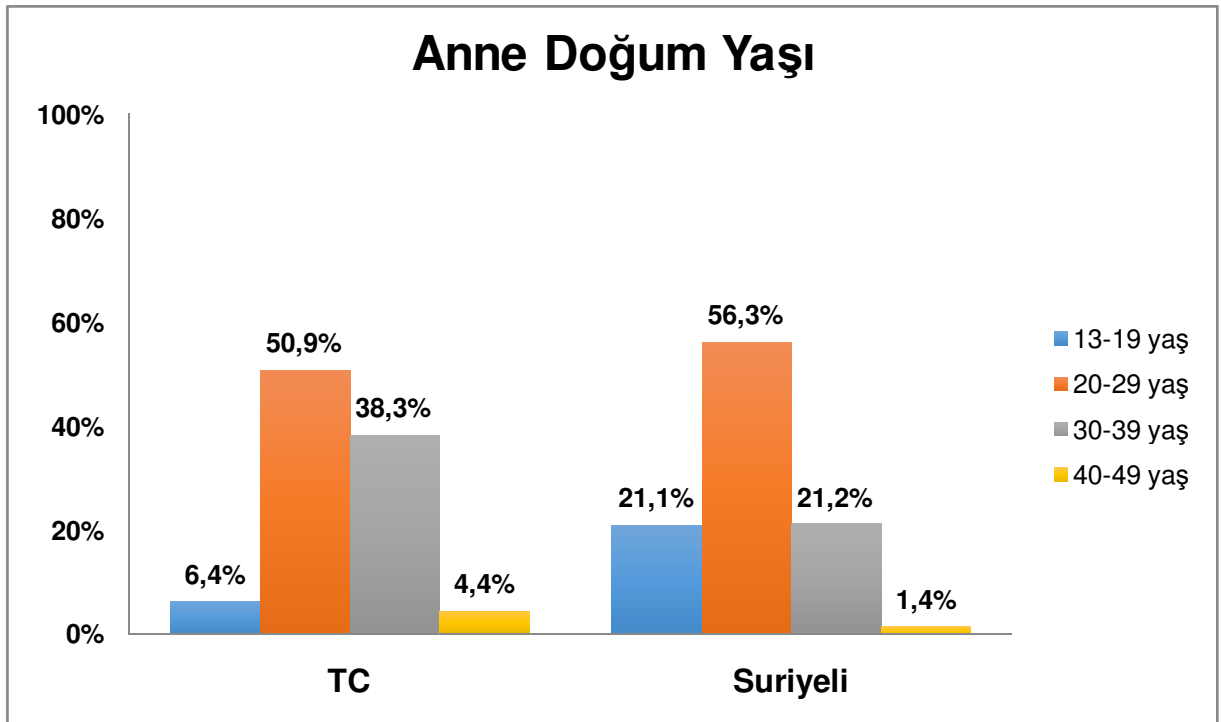
Tablo 5. Anne Doğum Yaşı Grupları

Uyruk		TC Vatandaşı		Suriyeli Sığınmacı		
		Ort.±SD	Min-Maks	Ort.±SD	Min-Maks	P
Anne Doğum Yaşı		28,5±6,3	16-48	24,8±6,3	13-42	<0,001
		N	%	n	%	P
Anne Doğum YaşıGrup	13-19	47	6,4	123	21,1	<0,001
	20-29	373	50,9	329	56,3	
	30-39	281	38,3	124	21,2	
	40-49	32	4,4	8	1,4	
Anne Doğum YaşıGrup	19 ve altı	47	6,4	123	21,1	<0,001
	20 ve üstü	686	93,6	461	78,9	
Anne Doğum YaşıGrup	Erken Adolesan	0	0,0	3	0,5	<0,001
	Geç Adolesan	47	6,4	120	20,5	
	20 yaş ve üstü	686	93,6	461	78,9	
Anne Doğum YaşıGrup	40 ve altı	714	97,4	579	99,1	0,019
	40 yaş üstü	19	2,6	5	0,9	

Şekil 1. Anne Doğum Yaşları



Şekil 2. Anne Doğum Yaşları Yüzdelik Dağılımı

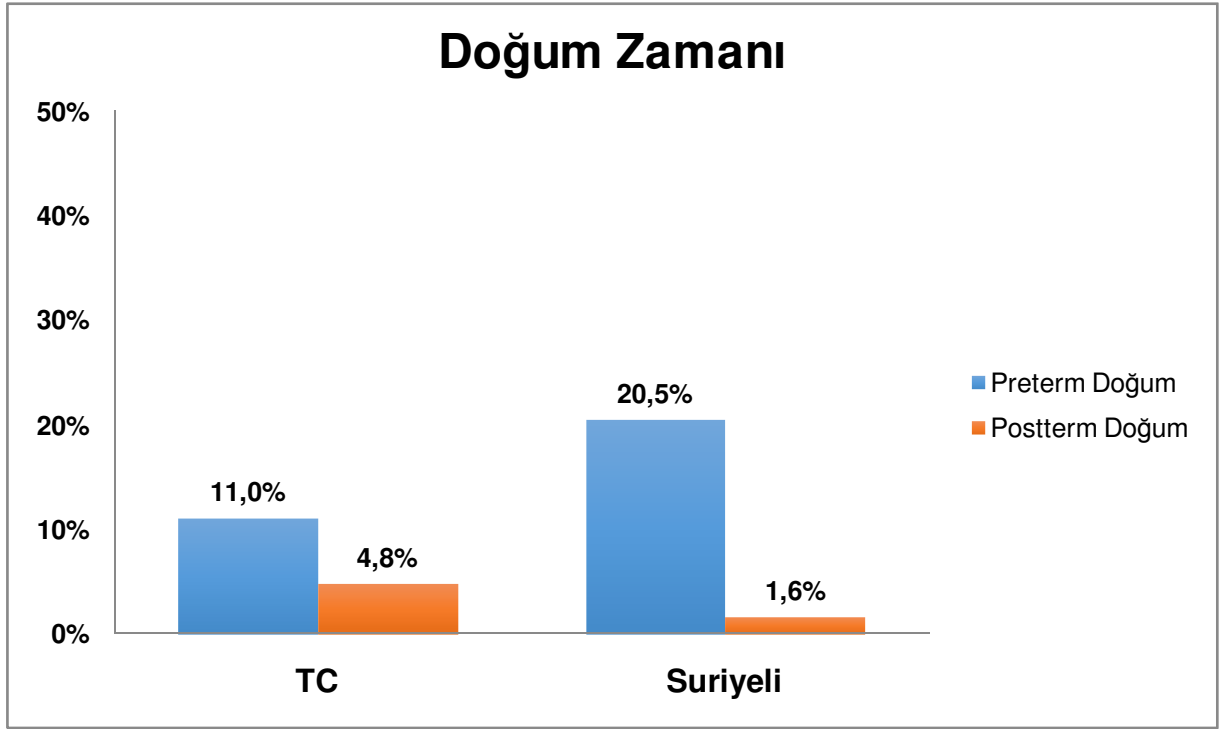


Suriyeli kadınların EDT, preterm doğum oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksekti($p<0.001$, $p<0.001$)ancak preeklampsi, postterm doğum oranı düşüktü ($p:0.035$, $p: 0.001$).

Tablo 6. Gebelik Sonuçları

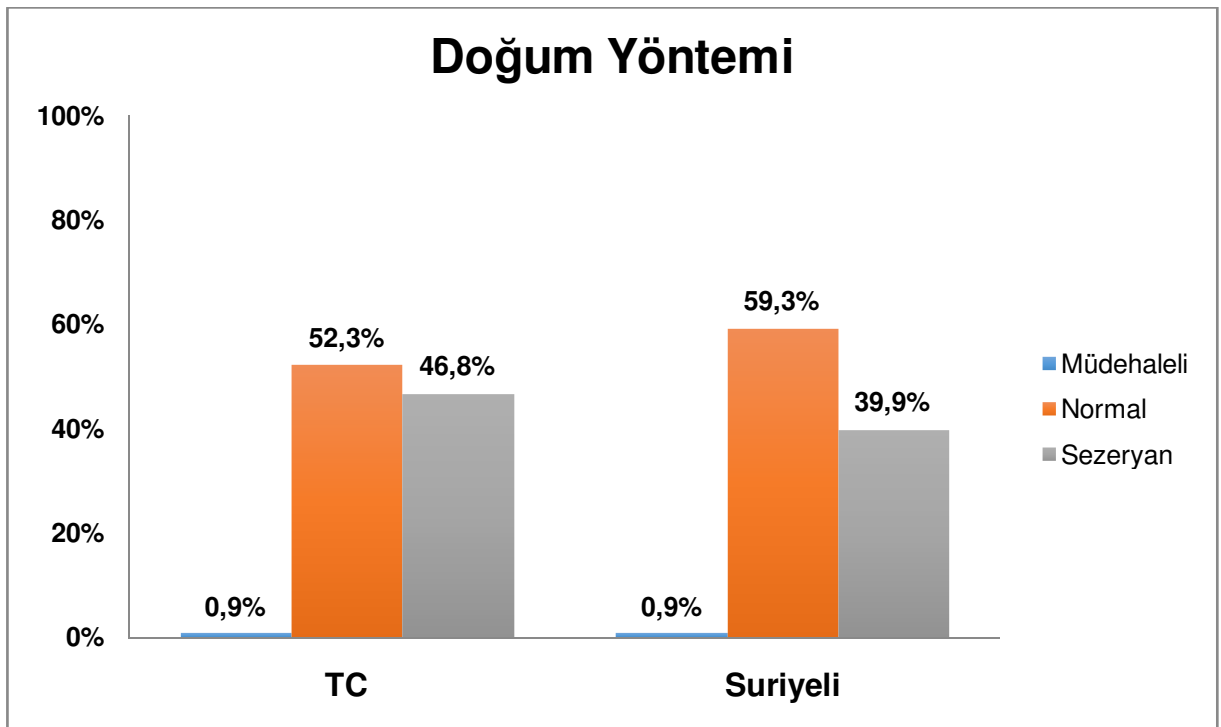
Uyruk		TC		Suriyeli		
		n	%	n	%	P
EDT		49	6,7	71	12,3	<0,001
EMR		101	13,9	89	15,4	0,424
Plesenta previa		4	0,6	6	1,0	0,352
Preeklampsi		27	17,4	8	8,1	0,035
Preterm Doğum		80	11,0	118	20,5	<0,001
Postterm Doğum		35	4,8	9	1,6	0,001
Doğum Yöntem	Müdahaleli	12	0,9	5	0,9	
	Normal	693	52,3	348	59,3	0.019
	Sezaryen	619	46.8	234	39.9	
Sezaryen tip	Primer	182	47.3	134	57.3	0.016
	Mükerrer	203	52.7	100	42.7	
Çocuk Cinsiyet	Erkek	656	49.5	299	50.9	0.575
	Kız	668	50.5	288	49.1	

Şekil 3. Doğum Zamanlarının Kıyaslanması



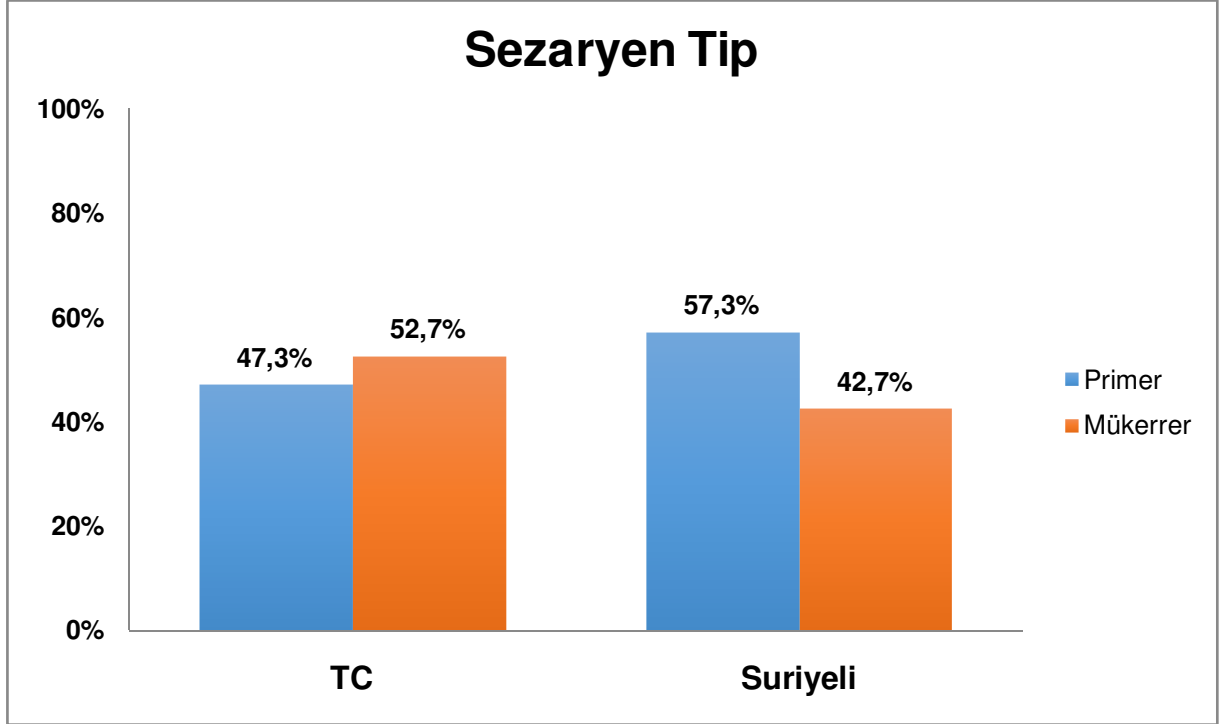
Suriyeli ve TC vatandaşlarının doğum yöntemleri karşılaştırıldı. Suriyeli kadınların normal doğum oranı yüksekti (p:0.019)

Şekil 4. Doğum Yöntemlerinin Karşılaştırılması



Suriyeli kadınların primer sezaryen oranı TC kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p:0.016).

Şekil 5. Sezaryen Oranları



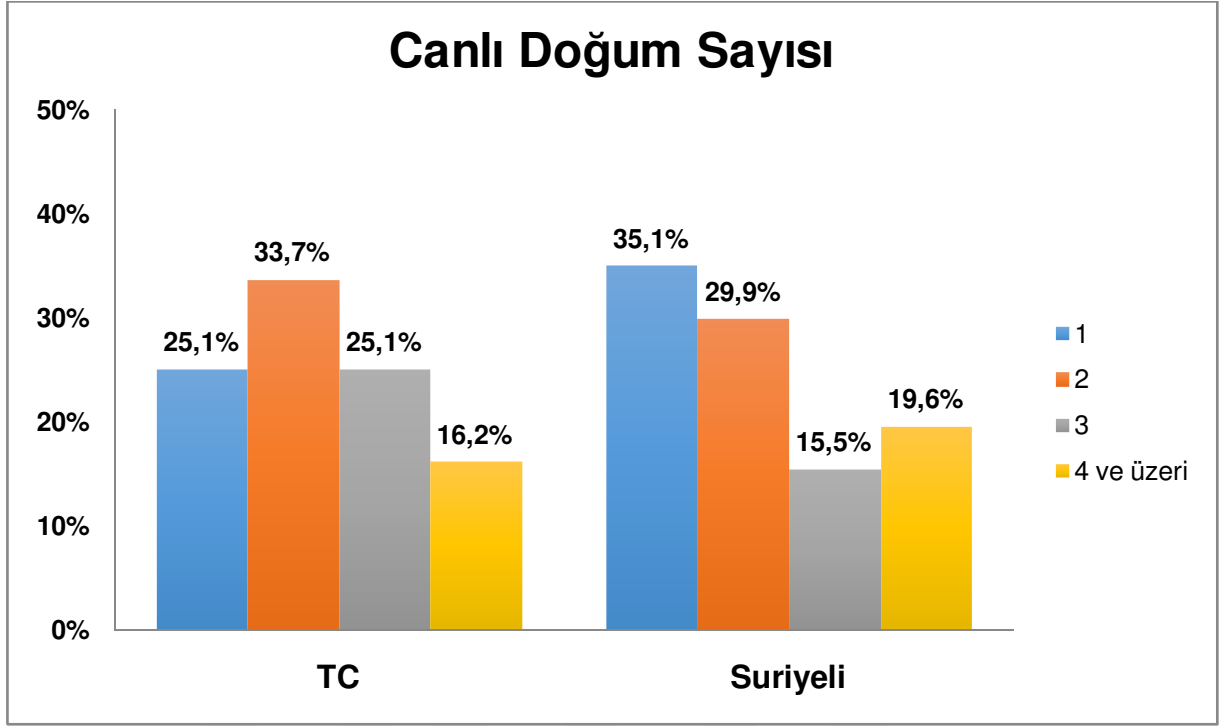
Tablo 7. Gebelik Sonuçları

Uyruk		TC		Suriyeli		P
		Ort.±SD	Min-Maks	Ort.±SD	Min-Maks	
Gravide sayısı		2,70±1,52	1-11	2,45±1,68	1-10	<0,001
Parite sayısı		2,43±1,28	1-9	2,39±1,58	1-10	0,012
Parite Grup n (%)	1	184 (25,1)		204 (35,1)		<0,001
	2	247 (33,7)		174 (29,9)		
	3	184 (25,1)		90 (15,5)		
	4 ve >4	119 (16,2)		114 (19,6)		
Olü Doğum Sayısı		0,52±0,93	0-3	0,45±0,52	0-1	0,675

Mukerrer Sezaryen Sayısı		1,98±0,97 0-5	1,88±1,06 0-5	0,284
Kürtaj Sayı		0,87±0,62 0-2	1,63±2,45 0-7	0,979
Düşük Sayısı		1,27±0,93 0-6	1,21±1,14 0-5	0,347
Düşük Sayısı Grup n (%)	1	90 (75,0)	16 (80,0)	0,648
	2	20 (16,7)	2 (10,0)	
	3	4 (3,3)	0 (0,0)	
	4 ve üzeri	6 (5,0)	2 (10,0)	
Yoğun Bakım İhtiyacı		85 (11,6)	71 (12,1)	0,785
Yatış Süre		2,5±1,3 0-9	2,6±2,5 0-48	0,797

Suriyeli kadınların gravide ve parite ortalaması, TC vatandaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p<0.001$, $p:0.012$).

Şekil 6. Canlı Doğum Sayısı Oranları

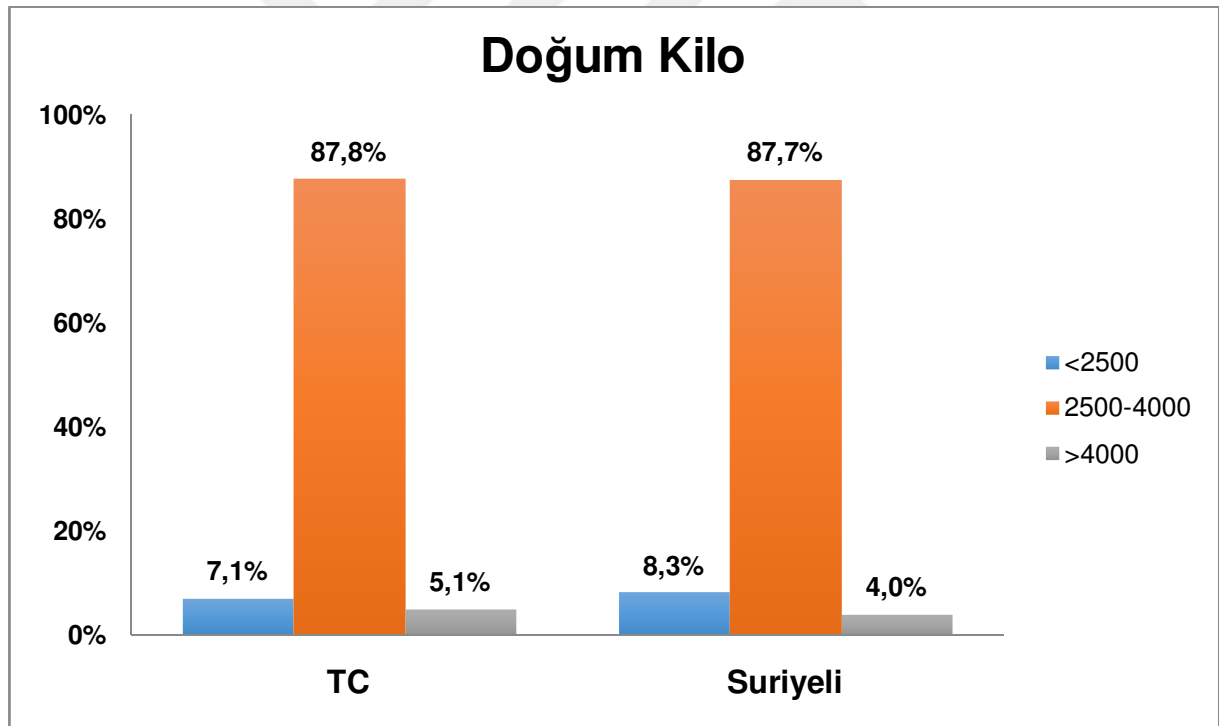


Suriyeli kadınların bebek doğum kilo ortalaması TC vatandaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,004$).

Tablo 8. Doğum Kilolarının Karşılaştırılması

Uyruk						
TC			Suriyeli			
		Ort.±SD	Min-Maks	Ort.±SD	Min-Maks	P
Doğum Kilo		3241,7±559,4	361-5580	3136,8±546,7	610-4840	<0,001
		n	%	n	%	P
Kilo Grup	<2500	52	7,1	48	8,3	0,419
	2500 ve üstü	678	92,9	529	91,7	
Kilo Grup	>4000	38	5,2	23	4,0	0,299
	4000 ve altı	692	94,8	554	96,0	

Şekil 7. Doğum Kilolarının Karşılaştırılması



6.TARTIŞMA

Biz bu çalışmamızda Türkiye'ye gelen Suriyeli sığınmacı kadınların klinik karakteristiklerini ve doğum sonuçlarını Türk hastalarla kıyaslayarak incelemeyi amaçladık. Doğum yapan Suriyeli sığınmacı kadınların yaş ortalamaları Türk hasta grubundan anlamlı olarak daha küçük bulundu ($p < 0.001$). 12-19 yaşlarındaki adolesan gebe yüzdesi, Suriyeli hastalarda Türk hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. (% 21.1 ve % 6.4, $p < 0.001$). Suriyeli hastalarda erken doğum oranları anlamlı derecede yüksek bulundu (%20.5 ve % 11, $p < 0.001$). Bununla birlikte postterm doğum oranları kontrol grubunda anlamlı yüksek bulundu (%4.8 ve % 1.6, $p < 0.001$). Suriyeli hastaların doğum ağırlığı ortalaması anlamlı olarak düşüktü, ancak düşük doğum ağırlığı (<2500 gr) ve yüksek doğum ağırlığı (>4000gr) arasında fark yoktu. Suriyeli hasta grubunda vajinal doğum ve primer sezaryen oranı anlamlı yüksek bulundu.

Suriyeliler 2011'den bu yana ülkelerindeki muhalifler ile devlet arası iç karışıklık nedeniyle birçok ülkeye göç ettiler. Suriyeli sığınmacılara bu aşamada en çok ev sahipliği yapan ülke Türkiye oldu. Suriye'ye komşu olmak; sığınmacılara büyük oranda ev sahipliği yapmasında etkili olmuştur. Türkiye Göç İdaresi'nin 2017 Mayıs ayı verilerine göre Türkiye'de 3.013.178 kayıtlı Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır (2).

Günlük pratiğimizde, Suriyeli sığınmacılar hasta popülasyonu açısından bizim için önemli bir bölüm oluşturuyor. Dünyada farklı etnik kökenlerden gelen mültecilerin maternal sonuçları ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bununla birlikte, ülkemizde son yıllarda büyük ölçüde bir toplum gerçeği halini alan Suriyeli hastalarla ilgili çalışmalar oldukça azdır.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik sağlanmaya çalışılmasına karşın, Mülteci ve sığınmacı olmayan hastalar arası klinik takip ve gebelik sonuçları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak oldukça zordur. Annenin etnisitesi, sosyo-ekonomik durumu ve hangi ülkeden geldiği gibi farklılıklar bu eşitsizlikten sorumludur (82).

Erken yaş evliliklerinin nedenleri arasında geleneksel bakış açısı, kız çocukların giyim, kuşam gibi ekonomik gereksinimleri, cinsel ihtiyaçların dinsel ahlaka uygun bir biçimde karşılanmasının evlilik ilişkisi içinde olanaklı sayılması, aile reisi olan kocaya itaatin erken yaşta kurulması gerektiği sayılabilir.

Çoğunlukla Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler örgütleri tarafından yapılan araştırmalarda kız çocuklarında görülen erken yaş evlilikler ile ülkenin gelişmişlik düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olduğu gösterilmektedir. Erken yaşta evliliklerin yapıldığı bölgeler, genellikle geleneksel uygulamaların yapıldığı toplumlardır (83). Bu çalışmada, Suriyeli sığınmacı annelerin yaş ortalaması Türk hastalara göre daha küçüktü($p<0.001$). Buna ek olarak, adolesan gebelik yüzdesi Suriyeli hastalarda Türk hastalara göre daha yüksek bulundu. Erken adolesan dönemdeki doğumlarda da Suriyeli hasta oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Gebelik oranlarını incelediğimizde canlı gebelik sayısı ve doğum sayısı Türk popülasyonda Suriyeli hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Bunun yanında bir canlı gebelik oranları Suriyeli hasta grubunda anlamlı yüksek bulundu. Bunda hastanemize doğum için başvuran Suriyeli sığınmacıların yaş ortalamasının küçük olması sorumlu olabileceği düşünüldü.

Gebeliğin canlı doğum veya düşükle sonuçlanması arasında anlamlı fark bulunamadı. Ölü doğum oranları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Erenel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Suriyeli sığınmacıların istemeyen gebelikleri küretajla sonuçlandırma oranları düşük bulunmuştu (86). Ancak bizim çalışmamızda gruplar arasında küretaj oranlarında fark saptanmadı.

Yapılan bir çalışmada mülteci hastaların doğum öncesi takiplerinin anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (86).Suriyeli hastaların% 41.3'ünün hiçbir şekilde antenatal takip almadığı, Türk hasta grubunda bu oranın sadece %7.7 olduğu izlenmiştir (87).Benage ve ark. Lübnandaki Suriyeli hastaları incelediği çalışmasında 420 Suriyeli hastanın 72 'sinin (% 17.1) doğum öncesi takibinin olmadığını gösterdi(88).

Dil farklılığı, sosyal izolasyon,sağlık hizmetlerinden farkındalık eksikliği hastaların takibe kılmasındaki engeller olarak söylenebilir (89,90).Thomas ve ark. çalışmalarında kültürel ve dilsel farklılıkların gebelik sonuçlarını etkisini değerlendirdi. Tercüme faaliyetlerinin artmasının mülteci nüfus üzerindeki olumsuz gebelik sonuçları ihtimslin azalttığını gösterdi. Bunun yanında mülteci olmanın ek başına kötü gebelik sonuçları açısından yeterli olmadığını kaydettiler (91).Bir başka çalışmada başka bir ülkede ikinci doğumunu yapmak için başvuran gebelerin sezaryen doğum riskinin arttığı gösterilmiştir (92).

Bizim çalışmamızda Suriyeli hastalarda vajinal doğum oranları anlamlı yüksek bulundu. Mükerrer sezaryen oranlarında anlamlı fark olmamasına karşın primer sezaryen oranları Suriyeli sığınmacı grubunda daha yüksek olarak rapor edildi. Suriyeli sığınmacıların antenatal takip yetersizliği, dil problemi nedeniyle doğum esnasında yaşanan uyumsuzluğun primer sezaryen oranlarındaki artıştan sorumlu olabileceği düşünüldü.

Yapılan bir çalışmada mülteci grubunda adolesan gebeliklerin artışına ek olarak preterm doğum, düşük doğum ağırlığı (<2500 gr) oranlarının arttığı gösterilmiştir (93) . Bizim çalışmamızda preterm doğum oranları ve EDT oranları benzer şekilde sığınmacı grubunda yüksek bulunurken, düşük doğum ağırlığı açısından iki grup arasında istatistiki anlamlılık saptanmadı. Suriyeli annelerin bebeklerinin doğum kilo ortalaması kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulundu. Bu sonuçların zayıf antenatal takip ve nutrisyonel eksikliklerden kaynaklanabileceği düşünüldü.

EMR riski açısından Suriyeli sığınmacılar ve kontrol grubu arası Erenel ve ark çalışmasındaki verilerle benzer şekilde (86) anlamlı fark saptanmadı.

Erenel ve ark çalışmasında (86) postterm doğum sonuçları bizim sonuçlarla benzer bulunurken Rassjö ve arkadaşlarının Somalili mültecilerle yaptığı çalışmasında postterm gebelikler açısından anlamlı fark bulunmamıştır (93) . Postterm doğum oranları kontrol grubunda anlamlı yüksek bulundu.

Plasenta previa ile karşılaşma oranları açısından Suriyeli sığınmacılar ve kontrol grubu arası anlamlı fark saptanmazken preeklampsi oranları Türk hasta grubunda daha yüksek bulundu.

Demirci ve arkadaşlarının Suriyeli hastaların doğum karakteristiklerini incelediği çalışmada; çalışmamıza benzer şekilde preeklampsi oranları kontrol Türk hasta popülasyonunda yüksek olarak bulundu (94). Buna ek olarak Türk hasta grubunda gestasyonel diyabet riskinin fazla olduğu da rapor edildi. Biz çalışmamızda antenatal takip yetersizliği nedeniyle gestasyonel diyabet açısından hastaları karşılaştıramadık.

Hastanede kalış süreleri açısından iki grup arası anlamlı fark saptanmadı.

Doğum sonrası bebeklerin yoğunbakım ihtiyacı olma oranı Suriyeli grupta anlamlı yüksek bulundu.Yetersiz antenatal takip ve annenin hastalıkları hakkındaki farkındalık azlığının bu durumdan sorumlu olabileceği düşünüldü.

Retrospektif dizayn ile tek merkezli hastane kayıtlarından edinilen bilgiler ışığında düzenlenmesi, hastaların varsa başka merkezlerdeki kayıtlarına ulaşılmasındaki zorluklar ve buna bağlı kaçınılmaz bilgi eksikliği, çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.



7. SONUÇ

Çalışmamızda elde edilen verilere göre;

1. Kontrol grubuna kıyasla Suriyeli sığınmacıların antenatal takipleri yetersizdi
2. Suriyeli gebelerin yaş ortalaması daha küçüktü. Adolesan ve erken adolesan gebelik oranları Suriyeli grupta daha yüksekti.
3. Buna bağlı doğum kilo ortalaması Suriyeli grupta düşük; primer sezaryen oranları Suriyeli grupta yüksekti.

Türkiye ve Dünyadaki Suriyeli mülteci sayısının giderek artması bu tür çalışmalara olan ihtiyacı gözler önüne sermektedir. Mülteci nüfus hakkında çalışmaların artması onların yeni ülkelerine adaptasyonlarını kolaylaştırmak ve normal hayata katılım sürecini kısaltmak açısından oldukça önemlidir.

Suriyeli sığınmacıların ve özellikle grup içindeki adolesan gebelerin doğum sonuçlarını daha iyi ortaya koymak için daha geniş ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÖZGEÇMİŞ

ADI: Merve Nur Olgun

16.04. 1989 İstanbul doğumluyum . İlköğretimimi Rami Atatürk İlköğretim Okulu'nda tamamladım.

2002 yılında Pertevniyal Anadolu Lisesi'ne başladım . Buda 2 yıl eğitim gördükten sonra son 2 yılı Özel Şefkat Lisesi'nde okuyarak lise öğrenimimi tamamladım.

2006 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ne başladım. 6 yıllık tıp fakültesi eğitimimi burada tamamladım.

2013 yılında Mayıs ve Ağustos ayları arasında 3 ay Sapanca İlçe Devlet Hastanesi'nde acil hekimi olarak vazife yaptım .

28 Ağustos 2013'de Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kadın hastalıkları ve doğum asistanı olarak göreve başladım . Halen kadındoğum asistan hekimi olarak görevime devam etmekteyim.

8. KAYNAKLAR

1. United Nations Refugee Agency (2016) Inter-agency Information Sharing Portal <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=224>
2. http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma_363_378_4713
3. Ekmekci PE . Syrian refugees, health and migration legislation in Turkey. J Immigr Minor Health 2016 ; doi:10.1007/s10903-016-0405-
4. Benage M, Greenough PG , Vinck P , Omeira N , Pham P. An assesment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. Confl Health.2015;9:1.
5. Gibson-Helm M, Teede H, Block A, Knight M, East C, Wallace EM, Boyle J . Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. BMC Pregnancy Childbirth 2014:392
6. Gibson-Helm M, Boyle J, Cheng IH, East C, Knight M, Teede H Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from Asian countries. Int J Gynaecol Obstet 2015; 129:146–151
7. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, Bandyopadhyay M, Stray-Pedersen B, Stewart D, Collaboration ROAM (2011) International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol 2011; 25:575–592
8. Merry L, Small R, Blondel B, Gagnon AJ (2013) International migration and caesarean birth: a systematic review and metaanalysis. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13:27
9. Wanigaratne S, Cole DC, Bassil K, Hyman I, Moineddin R, Urquia ML The influence of refugee status and secondary migration on preterm birth. J Epidemiol Community Health 2016;70:622–628
10. Malin M, Gissler M Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health 2009; 9:84
11. Badshah S, Mason L, McKelvie K, Payne R, Lisboa PJ Risk factors for low birthweight in the public-hospitals at Peshawar, NWFP-Pakistan. BMC Public Health 2008; 8:197

12.UNİCEF. (2016). <http://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>

13. Gibson M , Mace R . Polygyny, reproductive successand child health in rural Ethiopia: why marry amarried man?,J Biosoc Sci 2011;39:2, 287-300.

14.Türkiye’de Suriyeli Mülteciler İstanbul Örneği – Tespitler, İhtiyaçlar ve Öneriler, www.mazlumder.org, Erişim Tarihi:01.11.2016.

15.Mutlu Y , Kırımsoy E , Antakyalıoğlu Ş (2016). Suriyeli Mülteci Çocuklar ve Vatansızlık Riski, Bulanık MekanlardaGölgede Kalanlar, Araştırma Raporu, Gündem Çocuk Derneği, Şen Matbaa, Ankara 2016.

16. Indexmundi 2016.

http://www.indexmundi.com/syria/total_fertility_rate.html

17. Jessen A (2013). “The Government of Turkey and Syrian Refugees”, http://issuu.com/georgetownfs/docs/jessen_2013_-_final

18.Aksu H, Sevil Ü Göç ve Kadın Sağlığı , Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010 Cilt:2,Sayı:3, ss. 133-138.

19.Şirin esin, 2012; üçdoğruk, selim, 2003; üçler, kızılıkaya, 2014; bas, 1994. Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: kalitatif bir çalışma 2017;10:48

20.Fişek N . Ekonomik Kalkınma, Nüfus ve Hukuk, Ekonomi ve Hukuk Kongresi Zabıtları 1975 http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/18.html

21.Kalwij S, Adriaan The Effects of Female Employment Status on the Presence and Number of Children , Journal of Population Economics, 2000 ; 13:221-239.

22.Akça H, Ela M , Türkiye’de Eğitim, Doğurganlık ve İşsizlik İlişkisinin Analizi , Maliye Dergisi,2012;163:223-242, https://dergiler.sgb.gov.tr/calismalar/maliye_dergisi/yayinlar/md/163/163-13.pdf.

23.Girlsnotbrides, 2016. <http://www.girlsnotbrides.org/child-marriage-and-the-syrian-conflict-7-things-you-need-to-know>.

24.Üçler G ,Kızılıkaya O . “Kadın İstihdamının Boşanma Ve Doğurganlık Üzerine Etkileri: Türkiye Üzerine Bölgesel Panel Veri Analizi”, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2014; 2: 28-43.

25. Yıldırım A .Sınır-Ötesi Evlilikler ve Sınır Çokkarınlığı: “İthal Kumalar” 2001
<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/71/2001/20904.pdf>

26. Littleton, L. Y. Maternal, Neonatal and Woman’s Health Nursing.
Delmar Thomson Learning, Newyork, USA.2002 ;632:893-895

27. Cunningham FG , Gant NF , Leveno KJ. (2001). Cesarean section and postpartum hysterectomy. Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap L. C., Wenstrom, K. D. (Eds.). Williams Obstetrics. 21. baskı,Texas: McGraw Hill, 537-565.

28. Dölen İ , Gökçü, M . Sezaryen ve etik. Kadın Doğum Dergisi 2002 1(2): 86-89.

29. Konakçı S , Kılıç B . Sezaryen ile doğumlar artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 8(11): 286-288.

30. Konakçı, SK , Kılıç B . İzmir’de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. Türkiye Klinikleri ObstetrikJinekoloji Dergisi, 2002;14: 88-95

31. RCOG Caesarean section Clinical Guideline (National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence) April 2004.

32. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S,Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1375–83.

33. De Cherney AH, Nathan L, Cesarean Section In: Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and treatment, 9th Ed. 2002; 518–529.

34. World Health Organization, WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcome Among Adolescents in Developing Countries, Geneva, 2011.

35. 2. United Nations Population Fund, The State of World Population 2014.
http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf

36. Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. Aile ve Toplum 2011;7(25):35-44

37. Akyol A, Gedikbaşı A, Mağar V, Ark C, Ceylan Y. 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. Perinatoloji Dergisi 2006;14(1):1–6.

38. Kara M, Yılmaz E, Töz E. Ağrı ilindeki 40 yaş üzeri gebelerin demografik özellikleri. J Turk Soc Obstet Gynecol 2010;7(2):113-6.

39. Tamay AG, Güvenal T, Özgür N, Koltan SO, Koyuncu FM. Retrospective analysis of advanced maternal age pregnancies. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2011;17(2):83-6.

40. Çetinoğlu EÇ, Canbaz S, Ağlan Z, Peşken Y. Samsun il merkezi 2004 yılı ileri yaş gebelik prevalansının saptanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty* 2006;13(3):167- 70

41. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005.
www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC2005-OzetRapor.pdf

42. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, et al. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 79: 117-22

43. Karabulut A, Ozkan S, Bozkurt AI, et al. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 33: 346-50.

44. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, et al. WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG.* 2014; 121: 49-56

45. Nilsen AB, Waldenström U, Hjelmstedt A, et al. Characteristics of women who are pregnant with their first baby at an advanced age. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91: 353-362.

46. Mercer BM, Goldenberg RL, Das A et al. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. *Am J of Obstet Gynecol* 1996;174:1885-95.

47. Gelişen O. Erken Doğum. *Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji ÇG.(e.d.)/ Bekaş MS, Demir N, Koç A. İn: OBSTETRİK; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara: Medikal Network, 2001: 1149-1155*

48. Wigton TR, Tamura RK, Wickstrom E, Atkins V, Deddish R, Socol ML: Neonatal morbidity after preterm delivery in the presence of documented lung maturity. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ;169: 951-955 .

49. Moore TR . Patterns of human uterine contractions: Implications for clinical practise. *Semin in Perinatol* 1995 ; 19: 64-72 .

50. Henrich W, Fuchs I, Ehrenstein T, Kjos S, Schmider A, Dudenhausen JW. Antenatal diagnosis of placenta percreta with planned in situ retention and methotrexate therapy in a woman infected with HIV. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:90-3.

51. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. *Radiology* 1997;205:773-6.

52. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of postterm pregnancy. Washington, DC:ACOG Technical Bulletin No. 130,1989.

53. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of postterm pregnancy. Washington, DC: ACOG Practice Patterns No. 6,1997

54. Knox GE, Huddleston JF, FlowersCE,Jr. Management of prolonged pregnancy: results of a prospective randomised trial 1979;134:376-84.

55. American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor. Washington, DC: ACOG Practice Bulletin No.10,1999.

56. Yudkin PL, Wood L, Redman CW. Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. Lancet 1987;1:1192-4.

57. Badawi N, Kurinczuk JJ, Keogh JM et al. Antepartum risk factors of newborn encephalopathy: the western Australian case-control study. BMJ 1998;317:1549-53.

58. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian multicenter Post-Term Pregnancy Trial Group. N Eng J Med 1992;326:1587-92.

59. Yeast JD, Jones A, Poskin M. Induction of labor and relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. Am. J Obstet Gynecol 1999;180:62833.

60. Alfircvic Z , Walkenshaw SA. Management of post term pregnancy:to induce or not. Br J Hosp Med 1994;52:218-21

61. Driul L, Damante G, D'Elia A, Ianni A, Springolo F, Marchesoni D. Genetic thrombophilias and uterine artery Doppler velocimetry and preeclampsia. Int J Gynaecol Obstet. 2005 ; 88(3):265-70

62. <http://www.tnftp.org/webcontrol/uploads/files/sadettingüngör26eylül.pdf>

63. Behrman RE, Shiono PH.: Neonatal Risk Factors: Preterm, Low Birth Weight, and small for Gestational Age. in Fanaroff AA, Martin RJ (eds): Behrman's Neonatal Perinatal Medicine, 6th. ed. 1997, p3-12.

64. Wollmann HA: Intrauterine growth restriction: definition and etiology. Horm Res. 1992 ;49 Suppl 2: 1-6 .

65. Lubchenco LO: Intrauterine growth as estimated from live-born birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation. Pediatrics 1963 ;32:793-80

- 66.** Fanaroff AA: Neonatal Perinatal Medicine. Sixth Edition Chapter 12. 1997;Page 203-237
- 67.** Sanderson DA: The individualised birthweight ratio: a new method of identifying intrauterine growth retardation, Br. J. Obstet Gynecol 1993; 81:1029 ,
- 68.** American Collage of Obstetricians and Gynaecologists. Fetal macrosomia. Practice Bulletin No.22 Washington, DC: ACOG, 2000.
- 69.** Henriksen T: The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. Acta Obstet Gynecol 2008; 87:134-145 .
- 70.** Spellacy WN, Miller S, Winegar A, Peterson PQ: Macrosomia maternal characteristics and infant complications. Obstet Gynecol 1985; 66:158 ,
- 71.** Rosenn B, Miodovnik M, Combs CA, et al: Human versus animal insulin in the management of insulin-dependent Diabetes: Lack of effect on fetal growth. Obstet Gynecol 1991 ;78:590 .
- 72.** Belcher DP: A child weighing 25 pounds at birth. JAMA 1916; 67:950 .
- 73.** Langer O: Prevention of macrosomia. Baillieres Clin Obstet Gynecol 1991 ;5(2):333 .
- 74.** Mark A. Zamorski, Wendy S. Biggs. Management of Suspected Fetal Macrosomia. American Family Physician 2001; 63:302-6 .
- 75.** Overpeck MD, Hediger ML, Zhang J, Turnbule AC, Klebanoff MA: Birthweight for gestational age of Mexican American infants born in the United States. Obstet Gynecol 1999; 93:943 .
- 76.** Langer O, Kozlowski S, Brustman L: Abnormal growth patterns in diabetes in pregnancy: A longitudinal study. Isr J Med Sci 1991; 27:516 .
- 77.** Ruiz JR, Fullerton J, Brown C, The utility of fFN for the prediction of preterm birth in twin gestations. JOGNN 2004; 33: 446–454.
- 78.** McCormick MC. Long-term follow-up of infants discharged from neonatal intensive care units. JAMA 1989, 261: 1767-1772
- 79.** Aslan Y. Bölüm 19: Genel Bakım. Yurdakök M, Erdem G. Neonatoloji, Birinci Baskı, Türk Neonatoloji Derneği, Alp Ofset, Ankara, 2004; 151-153
- 80.** Dağoğlu T. Bölüm: 15, Prematürite. Yurdakök M, Erdem G. Neonatoloji, Birinci Baskı, Türk Neonatoloji Derneği, Alp Ofset, Ankara, 2004; 123-129
- 81.** Ilıkkın B. Neonatal Aciller. Pediatrik Aciller Sempozyumu. 2001; 37-42.

- 82.** Alpay F. Yenidoğan Sarılığı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Özel* 2 (7);689-697
- 83.** Beiser M The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health* 962002 ; Suppl 2:S30–S44 Review
- 84.** Şen S , Kavlak, O . Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım”, *Aile ve Toplum* 2011; 7: 25, 35-44
- 85.** Erenel H, Mathyk AB, Sal V, Ayhan I, Karatas S, Bebek A K. Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet* 2016 ;295 :45-50
- 86.** Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham P An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health* 2015;9:8
- 87.** McKeary M, Newbold KB Barriers to care: the challenges for Canadian refugees and their health care providers. *J Refug Stud* 2010; 23:523–545
- 88.** Shah RR, Ray JG, Taback N, Meffe F, Glazier RH Adverse pregnancy outcomes among foreign-born Canadians. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33:207–215
- 89.** Homas PE, Beckmann M, Gibbons K The effect of cultural and linguistic diversity on pregnancy outcome. *Aust N J Z Obstet Gynecol* 2010;50:419-22
- 90.** Reichman O, Gal M, Nezer M, Shen O, Calderon-Margalit R, Farkash R, Samueloff A Delivering elsewhere between the first and second deliveries is a risk marker for obstetric complications in the second-delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 ;294:1141-1144
- 91.** Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tuncalp O , Vogel JP, Souza JP, Mori R, WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network .Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014; 121(Suppl 1):40–48
- 92.** Rassjö EB , Byrskog U , Samir R , Klingberg-Alvin M , Somali woman’s use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2013;4:99-106
- 93.** Demirci H , Yıldırım TN , Ocakoğlu G , Karakulak GM , Üstünyurt E , Ülkü TA et al Birth Characteristics of Syrian Refugees and Turkish Citizens in Turkey in 2015. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;137 (1), 63-66.